

Renseignements Administratifs

Nom de naissance du patient :	Nom d'usage :
Prénoms du patient :	
Date de naissance : / /	Lieu de naissance :
Adresse :	Téléphone : Mail :
Situation familiale (à cocher) : <input type="checkbox"/> Vit seul(e) <input type="checkbox"/> Vit avec conjoint <input type="checkbox"/> Vit avec enfants <input type="checkbox"/> autre (à préciser)	
Situation professionnelle :	
Régime obligatoire (à cocher) : <input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> autre (à préciser)	
Numéro de sécurité sociale : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ALD : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Pour quelle pathologie :	
Mutuelle :	
Souhait à cocher : <input type="checkbox"/> Chambre seule <input type="checkbox"/> Chambre à 2 lits	
Mesure de protection juridique (à cocher) : <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Néant	

Renseignements Médicaux

Adressé(e) au Docteur : Dr Debeyne Dr Masquin Dr Villard
 Pas de Psychiatre en particulier Dr Bertrand Dr Tordo

Médecin adresseur :	Contact :
Etablissement adresseur :	Contact :
Admission souhaitée vers le : en <input type="checkbox"/> Hospitalisation complète <input type="checkbox"/> Hôpital de jour	
Motif de la demande :	
Devenir du patient en fin de séjour (à cocher) : <input type="checkbox"/> Retour à domicile / <input type="checkbox"/> Placement (démarches faites <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours)	



Projet thérapeutique attendu pendant le séjour :

Poids :kg

Taille :cm

Allergie(s) : Non Oui, lesquels :

Porteur d'une bactérie multi résistante : Non Oui, laquelle :

Histoire de la maladie psychiatrique :

Antécédents médicaux, chirurgicaux, maladies somatiques en cours :

Elimination : Continence OUI

NON :

Toilette : Autonome OUI

NON :

Habillage : Autonomie

Avec aide :

Mobilité, déplacement : Seul(e)

Avec aide :

Alimentation : Autonome OUI

NON :

Régime :

Respiration :

Normale Oxygène :l/mn

O2 Gazeux O2 Extracteur

Communication :

Risque de fugue Déambulation

Agressivité Autre :

Soins :

Pansements : NON OUI :

Escarres : NON OUI :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Cachet du médecin

Merci de remplir toutes les rubriques.

Merci de nous adresser OBLIGATOIREMENT un courrier médical ainsi que les ORDONNANCES en vigueur avec la demande de pré-admission pour que celle-ci puisse être prise en compte.

Pour toutes informations veuillez contacter le secrétariat au 0826 026 002 (FAX 04.42.64.20.44) en hospitalisation complète, ou au 04.65.04.30.75 en Hôpital de jour (FAX 04.42.69.29.22).

e-mail : secretariat@lajauberte.com

Ces éléments sont collectés dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), en vigueur depuis le 25 mai 2018. Pour toute question sur le sujet, merci de contacter dpd@ecij.fr