

### 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"/>	
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 Khodadux  
 Pas de Psychiatre en particulier  Dr Bertrand  Dr Tordo

Médecin traitant :	Contact :
Messagerie sécurisé du médecin traitant :	
Etablissement adresseur :	Contact :
Médecin 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 : .....

**DATE** :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Cachet du médecin

**Merci de remplir toutes les rubriques.**

**Merci de nous adresser OBLIGATOIREMENT la lettre de liaison, les dernières ORDONNANCES ainsi que tous vos comptes-rendus d'examen avec la demande de pré-admission pour que celle-ci puisse être prise en compte.**

Pour toutes informations veuillez contacter le secrétariat médical 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).

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](mailto:dpd@ecij.fr)

	Dossier du patient	FO-DPA-2017-007-02
	<b>Fiche de pré-admission</b>	Version : 17
		Page 3 sur 3

e-mail : [secretariat@lajauberte.com](mailto:secretariat@lajauberte.com)