

**À remplir uniquement par le médecin adresseur**

Patient connu de l'Etablissement :  Oui  Non

### Motif de la demande

- Hospitalisation Complète Adulte  Si Etudiant, cocher cette case  
 Hospitalisation Complète Gériatrie  
 Hospitalisation de Jour, préciser l'objectif de la prise en charge :

### Coordonnées du patient adressé par vos soins

Sexe :  F  H  
Prénom :  
Lieu de naissance :  
Adresse :  
Code Postal :  Ville :  
Téléphone :  Portable :  E-mail :  
Nom :  
Nom de jeune fille :  
Date de naissance :

### Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ?  
Médecin psychiatre  Médecin généraliste   
Nom :  
Prénom :  
Adresse :  
Code Postal :  Ville :  
Téléphone :   
E-mail :

Si vous n'êtes pas le médecin traitant,  
coordonnées du médecin traitant :

Nom :  
Prénom :  
Adresse :  
Code Postal :  Ville :  
Téléphone :   
E-mail :

### Motif d'hospitalisation

Antécédents somatiques :

Allergies :  Oui  Non Si Oui, préciser :

Antécédents psychiatriques :

Nom :

Prénom :

**Histoire de la maladie :**

**État clinique psychique actuel :**

**État clinique somatique actuel :**

### **Autres éléments psychiatriques**

Troubles du comportement (agressivité, fugue...) :  Oui  Non Lesquels :

Idées suicidaires :  Oui  Non Commentaires :

Consommation de toxiques :  Oui  Non Lesquels :

Démence / Trouble cognitif majeur  Maladie d'Alzheimer  Déambulation

Score MMS :

Patient porteur d'une infection :  Oui  Non Si Oui, préciser :

Antécédents Hospitalisation :  Oui  Non Si Oui, préciser :

**Traitements en cours (somatique & psychiatrique) (Merci de joindre la dernière prescription par fax / par mail) :**

IMC :

Hébergement stable:  Oui  Non Si Non, préciser :

Perte d'autonomie :  Oui  Non Si Oui, préciser :

Risque de chute :  Oui  Non Si Oui, préciser :

Suivi ambulatoire extérieur :  Oui  Non Si Oui, avec qui :

