

Clinique du Campus	DEMANDE D'HOSPITALISATION	Référence : EN OPC 511 Indice : d	Page :  1/3
--------------------	---------------------------	--	-------------------

**Nom d'usage :** ...

**Prénom(s) :** ...

**Nom de naissance :** ...

**Né(e) le :** .../.../....

Homme  Femme

**Téléphone portable :** ...

**Adresse :**

...

**Téléphone domicile :** ...

**Horaire d'appel à privilégier :** ...

**E-Mail :** ...

**Demande urgente :**  oui  non

**Pour :**  Hospitalisation complète  Hospitalisation de jour  Hospitalisation de nuit

**Nom du médecin demandeur :** ...

**Nom et coordonnées du médecin traitant :** ...

**Nom et coordonnées du psychiatre traitant :** ...

**Motif de la demande :**

...

**Histoire de la maladie :**

...

**Signes cliniques :**

...

<p><b>Antécédents Psychiatriques :</b></p> <p>...</p>	<p><b>Antécédents Somatiques :</b></p> <p>...</p>
<p><b>Antécédents addictologiques :</b></p> <p>Cliquez ici pour entrer du texte.</p>	<p><b>Allergie(s) :</b></p> <p>...</p>

Clinique du Campus	DEMANDE D'HOSPITALISATION	Référence : EN OPC 511 Indice : d	Page :  2/3
--------------------	---------------------------	--	-------------------

**Régime :**Normal :    oui         non  précisez ...**Diagnostic principal :**

...

**Diagnostics associés :**

...

**Statut familial et Entourage :**

...

**Profession :**

...

**Mesure de protection juridique :**Oui                       Non                       En cours **Si oui, laquelle :**Tutelle                       Curatelle                       Sauvegarde de justice **Devenir à la sortie :**Domicile Autre (précisez) 

...

**Date de la demande**

...

**Signature et cachet du médecin**

...

**Pour toute demande, joindre :**

Une copie de la dernière ordonnance médicale  
Une copie du dernier bilan sanguin datant de moins de 2 mois  
La grille AGGIR renseignée  
Une copie des derniers examens  
Une photocopie carte mutuelle

## IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro d'immatriculation : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : 

--	--	--	--	--	--

 Commune : \_\_\_\_\_

### SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

<b>VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE</b>		
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...		
<b>VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE</b>		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

- A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
- B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
- C : ne fait pas.

A ....., le .....

Signature et cachet du praticien

### ATTENTION

**Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie**