

|                    |                           |  |                   |
|--------------------|---------------------------|--|-------------------|
| Clinique du Campus | DEMANDE D'HOSPITALISATION | Référence :<br>EN OPC 511<br>Indice :<br>d | Page :<br><br>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 :<br>EN OPC 511<br>Indice :<br>d | Page :<br><br>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**