

**Nom, adresse et telephone
du médecin adresseur :**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom Prénom – adresse du **patient** :

.....
.....
.....

☎ Tel :

Age :

Poids :

Taille :

Il vous est demandé de renvoyer impérativement cette demande dûment complétée à au secrétariat médical soit par mail : admission.oyats@orpea.net soit par téléphone au 03 62 97 00 98 ou soit par fax au 03 91 91 87 62

1. Motif de la demande d'hospitalisation

Objectifs attendus (autonomie, socialisation, réinsertion...) :

2. Parcours psychiatrique

Antécédents psychiatriques :

.....
.....
.....

Début des troubles (année, contexte, symptômes) :

.....
.....
.....

Hospitalisations (lieu, motif) :

.....
.....
.....

Suivi ambulatoire (antérieurs, actuel) :

.....
.....
.....

Le patient est-il stabilisé sur le plan de sa pathologie psychiatrique ?

.....
.....
.....

Comportements antisociaux :

.....
.....
.....

Evaluation du risque suicidaire (RUD, ATCD...) :

.....
.....
.....

3. Antécédents – affections associées

Chirurgicaux :

.....
.....

Médicaux :

.....
.....

Addictions :

.....
.....

Familiaux :

.....
.....

Allergies :

.....
.....

Régime alimentaire :

.....
.....

Autonomie/ état de validité (aide toilette, repas, tâches ménagères, démarches sociales...)

.....
.....

Appareillage médical (VNI, oxygène, fauteuil roulant...)

.....
.....

4. Contexte social

Situation familiale :

Marié Divorcé Séparé Célibataire Autres :

Enfants : Oui Non

Si oui, Combien :

Âge des enfants :

Représentant légal des enfants :

Protection des biens : Oui Non

Mesure de protection : Sauvegarde de justice Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée

Reconnaissance MDPH : Accordée : Oui Non Demandée : Oui Non

Si oui, Prise en charge SAMSAH Travailleur Handicapé AAH

Autre, préciser :

5. Traitement

Psychiatriques :

.....

.....

Somatiques :

.....

.....

Observance :

.....

.....

Tolérance:.....

.....

.....

J'atteste, après avoir pris connaissance des caractéristiques de la Clinique Les Oyats, que l'état actuel de M..... est compatible avec une hospitalisation dans ce centre de Post Cure de réhabilitation psychosociale et socioprofessionnelle et m'engage à reprendre si cela était nécessaire pendant le séjour et pour le suivi du patient à la sortie de celui ci.

Merci de bien vouloir joindre au dossier une lettre de motivation de la part du patient, exposant son projet de post-cure, ses motivations, objectifs

le.....

Signature :

Réservé à la clinique : Demande vue par Commission d'admission:

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Docteur | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Docteur | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Validation médicale : OUI NON

Pré-admission : OUI NON

Date :

Signature du médecin :