



Bureau des admissions : [admission.sacres@emeis.com](mailto:admission.sacres@emeis.com)

**Renseignements administratifs du patient**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Numéro de sécurité sociale : \_ \_ \_ \_ \_

Mutuelle : .....

*Merci de joindre votre carte d'identité, attestation de droits et de mutuelle*

Mesure de protection : OUI                      NON                      *(rayer la mention inutile)*

Si oui, précisez le type de mesure (tutelle, curatelle...) ainsi que les coordonnées du mandataire

.....

**Personnes à contacter**

NOM et Prénom : ..... Adresse : ..... Téléphone : ..... Mail : ..... Lien de parenté : .....	NOM et Prénom : ..... Adresse : ..... Téléphone : ..... Mail : ..... Lien de parenté : .....
---	---

**Médecin traitant**

**Médecin psychiatre**

NOM et Prénom : ..... Adresse : ..... Téléphone : .....	NOM et Prénom : ..... Adresse : ..... Téléphone : .....
--	--

**Suivi social** (*assistante sociale, DAC, ...*) OUI / NON

NOM et Prénom : ..... Téléphone : .....

Clinique des Sacres	Questionnaire de pré admission	Référence n° :	Page 1 sur 1
---------------------	--------------------------------	----------------	--------------



**Renseignements concernant l'admission**

Service d'hospitalisation : PSYCHIATRIE GÉNÉRALE   GÉRONTOPSYCHIATRIE   *(rayer la mention inutile)*

Provenance : Domicile   EHPAD   RPA   Etablissement de santé   *(rayer la mention inutile)*

Le patient souhaite : chambre simple   chambre double   *(rayer la mention inutile)*

Motif d'hospitalisation / Antécédents / Traitements *Merci de joindre un courrier médical et l'ordonnance*

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

Diagnostics et bilan somatiques réalisés

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

**Mode de vie et projet social**

Lieu de vie : Appartement   Maison   EHPAD   RPA   *(rayer la mention inutile)*

Entourage : Seul(e)   Famille   Amis   Aide à domicile   *(rayer la mention inutile)*

Préciser les aides en place (aide à domicile, para médicaux) : .....

.....

Devenir : Une lettre d'engagement pour le retour dans votre établissement de santé ou au domicile vous sera demandée

**Toute demande incomplète ne pourra être traitée**

Clinique des Sacres	Questionnaire de pré admission	Référence n° :	Page 1 sur 1
---------------------	--------------------------------	----------------	--------------

<b>Autonomie actuelle du patient</b>
--------------------------------------

Poids : .....

Taille : .....

**Marche** :  seul  canne  déambulateur  aide humaine  levé au fauteuil  alité

**Transfert** :  spontané  à stimuler  besoin d'aide  lit-fauteuil

**Déplacement** :  intérieur  extérieur  escaliers remarques : .....

**Alimentation** :  seul  aide partielle  aide totale  stimulation  alimentation parentérale

Régime : ..... Remarques : .....

**Hygiène** :  seul  aide partielle  aide totale  douche  lavabo  au lit

**Elimination** :  seul  aide partielle  aide totale
Incontinence urines : JOUR / NUIT (*rayer la mention inutile*)

Incontinence selles : JOUR / NUIT

Sonde : OUI / NON Poche : OUI / NON Si oui, date de pose/ablation : .....

**Respiration** :  Normale  Oxygène (L/min :.....)  trachéotomie  appareillage

**Comportement** :  adapté  agité  agressivité  déambulation  troubles du comportement

Risque suicidaire : OUI / NON

Consentement de l'hospitalisation : OUI / NON / NON RECEVABLE

Risque de fugue : OUI / NON

Orientation :  normale  désorientée  confus**Etat sensoriel**Vue :  bon  moyen  faible  appareillage : .....Ouïe :  bon  moyen  faible  appareillage : .....Communication :  bon  moyen  faible  troubles du langage : .....**Etat cutané**

Escarre : OUI / NON Si oui, localisations et soins : .....

Plaies : OUI / NON Si oui, localisations et soins : .....