



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 :

...

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



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

