

Clinique du	
Campus	

DEMANDE D'HOSPITALISATION

Référence : EN OPC 511 Indice : d

Page:

1/3

Nom d'usage :	Prénom(s):					
Nom de naissance :	<u>Né(e) le :</u> /					
□ Homme □ Femme	<u>Téléphone portable :</u>					
Adresse:	<u>Téléphone domicile</u> :					
	Horaire d'appel à privilégier :					
	<u>E-Mail :</u>					
<u>Demande urgente</u> : □ oui	□ non					
<u>Pour</u> : \square Hospitalisation complète \square Hospitalisation de jour \square Hospitalisation de nuit						
Nom du médecin demandeur :						
Nom et coordonnées du médecin	traitant :					
Nom et coordonnées du psychiati	re traitant :					
Motif de la demande :						
Histoire de la maladie :						
Signes cliniques:						
Antécédents Psychiati	riques :	Antécédents Somatiques :				
III.						
Antécédents addictolo	giques :	Allergie(s):				
Cliquez ici pour entrer du texte.						



Clinique du Campus

DEMANDE D'HOSPITALISATION

Référence : EN OPC 511 Indice : d

Page:

2/3

<u>Régime</u> :						
Normal: oui □	non □ précisez					
Diagnostic principal 	<u>l :</u>					
Diagnostics associés 	i :_					
Statut familial et Er 	ntourage :					
Profession:						
Mesure de protection Oui □	on juridique : Non □	En cours				
<u>Si oui, laquelle :</u> Tutelle □	Curatelle □	Sauvegarde de justice □				
Devenir à la sortie : Domicile □ Autre (précisez) □ 						
Date de la demande 	<u> </u>	Signature et cachet du médecin 				
Pour toute demande, joindre :						
	une copie a	e 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

CLINIQUE DU CAMPUS PSYCHIATRIQUE

GRILLE NATIONALE AGGIR



IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom :	Prénom :		
Numéro d'immatriculation	n:		
Adresse :			
Code Postal : L	Commune :		
SITUATIO	N AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET (ORDINAIRES DE LA VIE	
VARIABLE	S DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYS	SIQUE ET PSYCHIQUE	
COHÉRENCE : converse	er et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repér	er dans le temps, les moments de la journée et c	dans les lieux	
TOILETTE : concerne l'h	ygiène corporelle	Haut	
		Bas	
HABILLAGE : s'habiller, s	se déshabiller, se présenter	Haut	
		Moyen	
		Bas	
ALIMENTATION : mange	r les aliments préparés	Se servir	
		Manger	
ÉLIMINATION : assumer	l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
		Fécale	
TRANSFERT : se lever, s	e 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 DIS	TANCE : utiliser les moyens de communication, télé	éphone, sonnette, alarme	
VARIABL	ES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOME	STIQUE ET SOCIALE	
GESTION : gérer ses pro	opres 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 dir	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			
	habituellement, correctement on habituellement, non correctement		
,	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