



Date :

**DEMANDE DE PRE ADMISSION EN PSYCHIATRIE ADULTE**

**DEMANDEUR**

<b>Nom :</b>  <b>Coordonnées :</b>  <b>Tel :</b> <b>E-mail :</b>	<b>Qualité et service du praticien :</b>  <i>Tampon du praticien</i>
<b>Patient adressé à : Dr</b>	

**PATIENT**

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Date de naissance :</b>
<b>Tel :</b>	<b>E-mail :</b>	
<b>Adresse du domicile :</b>		
<b>Personne de contact :</b>		
<b>Chambre particulière souhaitée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</b>		
<b>N° Sécurité sociale : (ou copie attestation sécurité sociale)</b>		<b>Coordonnées mutuelles : (ou copie carte de mutuelle)</b>
<b><u>Actuellement :</u></b>		
<b>Hospitalisé :</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Si oui lieu ? .....</b>
<b>A domicile :</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Depuis le : .....</b>
<b>Précédent séjour à CBS :</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<b>Mesure de protection :</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<b>Si oui, préciser quel type (tutelle/curatelle) et coordonnées du correspondant :</b>		
<b><u>Nom et coordonnées des professionnels de santé à associer au dossier : (si différent du demandeur)</u></b>		
- Psychiatre :		
- Généraliste :		
- Autre (IDE libérale, Equipe CMP...) :		

Histoire de la maladie et épisode actuel :

 **Joindre une copie de l'ordonnance de tous les traitements en cours et le dernier bilan biologique**

Diagnostic (CIM 10)

Principal :

Associé(s) :

Comorbidité addictive :  oui, à préciser : .....  non

Précédentes hospitalisations psychiatriques :

 **Joindre le(s) compte-rendu hospitalier**

Date	Lieu	Service	Motif

**MOTIF DE LA DEMANDE D'HOSPITALISATION**

(plusieurs cases possibles)

- Evaluation et diagnostic
- Résistance thérapeutique
- Risque suicidaire
- Autre, précisez :



	Faible	Moyen	Elevé
Risque			
Urgence			
Dangerosité			

## Antécédents Médicaux :

## Antécédents Chirurgicaux :

**Poids :**            **Taille :**            **IMC :**

Allergies :     oui     non    Si oui, lesquelles :

Régime alimentaire :

## Dépendances :

	Habillage	Toilette	Alimentation	Contenance	Déplacement
<i>Autonomie complète</i>					
<i>Autonomie partielle</i>					
<i>Dépendance complète</i>					

Appareillage du patient:             oui     non    Si oui lequel ? .....

Appareillage nécessaire à prévoir pour la prise en charge du patient ?

oui     non    Si oui lequel ? .....

## Comportement / Communication :

- Confusion
- Désorientation Temporo Spatiale
- Replis sur soi
- Impulsivité
- Anxiété
- Hétéro agressivité
- Auto agressivité
- Autre à préciser : .....

La précision des éléments renseignés contribue à la qualité et la sécurité du parcours patient.

*Merci de votre collaboration.*