



Clinique Saint-Vincent
7, rue des Bruyères - 56260 – LARMOR PLAGE
Tél : 02.97.88.01.05 Fax : 02.97.88.01.29

Mails :
Infirmière référente HDJ : sophie.reant@emeis.mssante.fr ou
Secrétaire médicale : tim.larmorplage@emeis.mssante.fr

DEMANDE DE PRE ADMISSION HOPITAL DE JOUR

MEDECIN ADRESSEUR	
Date :	N° de sécurité sociale :
Coordonnées du médecin adresseur :	

PATIENT		
Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse :		Téléphone domicile : Téléphone portable :
Coordonnées du médecin traitant :		
-Psychiatre :		- Généraliste :
ALD : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Le patient viendra avec :		
Taxi <input type="checkbox"/> VSL <input type="checkbox"/> Son véhicule personnel <input type="checkbox"/>		

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX	
Projet de soins attendu :	
Courrier médical :	
- Antécédents somatiques :	
- Antécédents psychiatriques :	
- Traitements en cours dont traitement personnel : Oui <input type="checkbox"/> (Joindre l'ordonnance) Non <input type="checkbox"/>	
Poids :	Type de toxiques et durée de l'addiction
Taille :	
Régime alimentaire :	
Allergie :	
Autonomie :	
Alcool Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date de sevrage :	
Tabac Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date de sevrage :	
Autre(s) addiction(s) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date de sevrage : Si oui, précisez :	

AVIS DE LA COMMISSION D'ADMISSION	
<input type="checkbox"/> Favorable	<input type="checkbox"/> Défavorable
Date :	

DATE D'ADMISSION PREVUE :