

Hôpital de Jour du Dauphiné

Miniparc POLYTEC • Bâtiment Alizés

32, rue des Berges • 38000 Grenoble

Tél. : 04 38 02 00 96

Mail : hdj.dudauphine@emeis.com

DEMANDE D'ADMISSION**HÔPITAL DE JOUR****DU DAUPHINE****- PATIENT ADULTE -****À remplir uniquement par le médecin adresseur****ELEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS**Patient connu de l'Etablissement : ☐ Oui ☐ Non

Date de la demande : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Motif de la demande☐ Hospitalisation Partielle Adulte**Partie réservée à l'HDJ**ADMISSION ☐ Oui ☐ NonCOMMISSION : ☐ Accord ☐ RefusDEMANDE INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES : ☐**Coordonnées du patient adressé par vos soins**Sexe : ☐ F ☐ H

Prénom :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : |_|_| |_|_| |_|_|

Ville :

Téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Portable : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| **E-mail :**

Nom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Âge :

Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre ☐ Médecin généraliste ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : |_|_| |_|_| |_|_| Ville :

Téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

E-mail :

Si vous n'êtes pas le médecin traitant,
coordonnées du médecin traitant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : |_|_| |_|_| |_|_| Ville :

Téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

E-mail :

Objectifs de soins en HDJPRISE EN CHARGE : ☐ ClassiqueContre-indication à la pratique d'une activité physique : ☐

Antécédents somatiques :

Allergies : ☐ Oui ☐ Non Si Oui, préciser :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

État clinique somatique actuel :

Nom :

Prénom :

Autres éléments psychiatriques

Troubles du comportement (agressivité, fugue...) : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :

Idées suicidaires : ☐ Oui ☐ Non Commentaires :

Consommation de toxiques : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :

Patient porteur d'une infection : ☐ Oui ☐ Non Si Oui, préciser :

Antécédents Hospitalisation ☐ Oui ☐ Non Si Oui, préciser :

Traitements en cours (somatique & psychiatrique) (Merci de joindre la dernière prescription par fax / par mail) :

IMC :

Hébergement stable: ☐ Oui ☐ Non Si Non, préciser :

Perte d'autonomie : ☐ Oui ☐ Non Si Oui, préciser :

Risque de chute : ☐ Oui ☐ Non Si Oui, préciser :

Suivi ambulatoire extérieur : ☐ Oui ☐ Non Si Oui, avec qui :

PARTIE ADMINISTRATIVE

Couverture sociale

Nom de l'assuré : ☐ CPAM ☐ RSI ☐ MSA ☐ LMDE ☐ SMEREP

N° d'immatriculation : _____ □ Autre, préciser :

Assurance complémentaire :

Nom de la mutuelle : N° adhérent :

Téléphone : | | | | | | | | | |

Personne à prévenir en cas de nécessité

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse :

Code Postal : | | | | | Ville :

Téléphone : | | | | | | | | | | Portable : | | | | | | | | | | E-mail :

Lien avec le patient :

Protection juridique

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre, préciser :

Nom et coordonnées :

Cachet du médecin :
Obligatoire si envoi par fax/courrier.
Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.

ENREGISTRER CE FORMULAIRE ET L'ENVOYER EN PIECE JOINTE PAR MAIL : hdj.dudauphine@emeis.com

Coordonnées du Secrétariat Médical

Tél : 04 38 02 00 96

Mail : hdj.dudauphine@emeis.com