

DEMANDE DE PRÉ D'ADMISSION
CLINIQUE SAINT VINCENT
HOPITAL DE JOUR L'ANCRAGE
- PATIENT ADULTE -
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

À remplir uniquement par le médecin adresseur

COORDONNÉES DU PATIENT ADRESSÉ PAR VOS SOINS

Sexe : ☐ F ☐ H Nom :
Prénom : Nom de jeune fille :
Lieu de naissance : Date de naissance :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Portable :
Mail :

COORDONNÉES DU/DES MÉDECIN(S)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre ☐ Médecin généraliste ☐

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone :
Mail :

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

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone :
Mail :

COUVERTURE SOCIALE

Nom de l'assuré

N° de Sécurité sociale : ☐ CPAM ☐ RSI ☐ MSA ☐ LMDE ☐ CMU
☐ SMEREP ☐ Autre, Précisez :

Assurance complémentaire

Nom de la mutuelle : N° adhérent :
Téléphone : ALD : ☐ Oui ☐ Non

Le patient viendra avec :

☐ Taxi ☐ VSL ☐ Véhicule personnel

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Portable :
Mail : Lien avec le patient :

Nom du patient : Prénom :

MOTIF D'HOSPITALISATION

Projet de soins attendu :
.....
.....
.....
.....
.....

Antécédents somatiques :
.....
.....
.....
.....
.....

Antécédents psychiatriques :
.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

Poids : Taille :

Régime alimentaire :

Appareillage : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez :

☐ Autonomie ☐ Mobilité réduite Commentaires :

Allergies : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez :

Suivi ambulatoire extérieur : ☐ Oui ☐ Non Si oui, avec qui : Date de sevrage : | | | | | | | | | |

TYPE DE TOXIQUES ET DURÉE DE L'ADDICTION

Alcool : ☐ Oui ☐ Non Date de sevrage : | | | | | | | | | |

Tabac : ☐ Oui ☐ Non Date de sevrage : | | | | | | | | | |

Autre(s) addictions : ☐ Oui ☐ Non Date de sevrage : | | | | | | | | | |

Si oui, précisez :

AVIS DE LA COMMISSION D'ADMISSION

☐ Favorable ☐ Défavorable

Date : | | | | | | | | | | Date d'admission prévue : | | | | | | | | | |

CACHET DU MÉDECIN :

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

**ENVOYEZ VOTRE DEMANDE
AUX COORDONNÉES CI-DESSOUS**
E-mail : hdj.ancrage@emeis.com