



Clinique Lyon - Lumière
33 rue du 8 mai 1945
69630 Meyzieu
Tél : 04-37-44-37-37
Mail : hdj.meyzieu@emeis.com

Demande de Pré Admission en Hôpital De Jour

Coordonnées patient :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Adresse :

Logement personnel :
Logement social :
Hébergé chez un tiers :

Temps de trajet domicile / HDJ : inférieur à 1h supérieur à 1h
Téléphone :
Mail :
Profession :

Coordonnées médecin adresseur (le médecin adresseur est le médecin responsable du suivi individuel de la pathologie motivant la demande d'admission en HDJ).

Nom :
Prénom :

Adresse :

Téléphone :
Mail :
Médecin traitant Médecin psychiatre

Antécédents :

Pathologies chroniques : non oui, lesquelles :

Soins quotidiens : non oui, lesquels :

Traitement en cours (joindre l'ordonnance)

Pair aidance : non oui, laquelle :
Association fréquentée : non oui, laquelle :

Traitements psychothérapeutiques et suivis antérieurs (libéral/CMP, type de psychothérapie, efficacité, tolérance...) :

Hospitalisations de jour antérieures :

Hospitalisations à temps complet antérieures :

Autonomie (Lecture, écriture, mobilité, continence ...) :

Antécédents suicidaires : non oui, lesquels (dates + complications éventuelles) :

Addictions : non oui, lesquelles (produits utilisés ou comportement addictif + quantité):

Antécédents judiciaires : non oui

Troubles du comportement : non oui, lesquels :

Motivations de la demande :

Décrire les troubles motivant la demande de prise en charge en hôpital de jour (handicaps psychiques, plaintes...)

Diagnostic principal psychiatrique formulé :

Diagnostic associé psychiatrique secondaire (troubles de personnalité/addiction...):

Décrire les attentes et motivations du patient concernant une prise en charge en hôpital de jour (si il est en capacité, joindre un courrier rédigé par le patient expliquant ses motivations) :

Aptitudes et limites du patient à la prise en charge groupale et aux médiations artistiques :

Situation sociale :

Emploi actuel + quotité de temps travaillée :

Logement fixe : oui non

Mesure de protection : non oui, laquelle :

Suivi social actuel (assistante sociale, éducateur, etc.) :

Nécessité d'intervention d'assistante sociale : non oui, décrire les besoins :

Étayage familial :

Lien familial + type d'étayage :

Disponibilités :

Cocher les disponibilités :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Après-Midi					

Commentaires :

Date :

Signature et cachet du médecin :