



CLINIQUE DU ROUSSILLON

287-289 avenue Maréchal Joffre 66000 PERPIGNAN

☎ Accueil clinique : 04 68 34 64 63

secretairehdj.roussillon@emeis.com

DOSSIER D'ADMISSION

HOPITAL DE JOUR ADULTES



VOLET ADMINISTRATIF

Date de la demande :

Demandé(e) par le Docteur :Tél :

PATIENT Nom : Nom de jeune fille : Prénom : Né(e) le à Adresse : Code Postal : Ville : Téléphone : Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	COUVERTURE SOCIALE N° SS : Caisse : CMU : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ALD 100% jusqu'à : MUTUELLE : N°Adhérent :
MEDECIN TRAITANT Nom, Prénom : Adresse : Code Postal : Ville : Téléphone :	MEDECIN PSYCHIATRE Nom, Prénom : Adresse : Code Postal : Ville : Téléphone :
PROTECTION JURIDIQUE Une protection juridique est-elle en place ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice Si oui, indiquez l'organisme et /ou le nom de la personne désignée :	PERSONNE (S) A PREVENIR Nom, Prénom : Lien de parenté : Adresse : Téléphone : Nom, Prénom : Lien de parenté : Adresse : Téléphone :



CLINIQUE DU ROUSSILLON
287-289 avenue Maréchal Joffre 66000 PERPIGNAN

☎ Accueil clinique : 04 68 34 64 63

secretairehdj.roussillon@emeis.com

DOSSIER D'ADMISSION

HOPITAL DE JOUR ADULTES



VOLET MEDICAL PSYCHIATRIQUE (à remplir par le médecin adresseur)

Diagnostic(s) psychiatrique(s) et/ou neurologique(s) :

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

Motif de l'entrée :

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

Antécédent(s) psychiatrique(s)/ neurologique(s) :

PERSONNEL(S)	FAMILIAL(AUX)
.....
.....
.....
.....

Etat clinique actuel (dont troubles du comportement, autonomie) :

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

A, le

Signature :



CLINIQUE DU ROUSSILLON

287-289 avenue Maréchal Joffre 66000 PERPIGNAN

☎ Accueil clinique : 04 68 34 64 63

secretairehdj.roussillon@emeis.com

DOSSIER D'ADMISSION

HOPITAL DE JOUR ADULTES



VOLET MEDICAL SOMATIQUE (à remplir par le médecin généraliste)

Nom : Prénom : Né(e) le :

Poids : Taille : IMC :

Vaccination tétanos à jour : ☐ Oui ☐ Non

Si non, merci d'effectuer le vaccin ou le rappel avant l'admission en HDJ.

ANTECEDENTS SOMATIQUES (Dont handicap(s) sensoriel(s))	TRAITEMENT
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ALLERGIES CONNUES OU INTOLERANCES (Médicamenteuses, alimentaires, ...)	REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CERTIFICAT D'APTITUDE A LA PRATIQUE D'ACTIVITES CORPORELLES

Je soussigné(e), Dr, certifie que l'état de santé de M/Mme est compatible avec la pratique d'une activité physique de type marche, gymnastique douce ou activité aquatique.

Fait à

Le

Signature :



JOINDRE DERNIERE ORDONNANCE ET RESULTATS DES DERNIERS EXAMENS MEDICAUX



CLINIQUE DU ROUSSILLON

287-289 avenue Maréchal Joffre 66000 PERPIGNAN

☎ Accueil clinique : 04 68 34 64 63

secretairehdj.roussillon@emeis.com

DOSSIER D'ADMISSION

HOPITAL DE JOUR ADULTES



LETTRE DE MOTIVATION

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Quelles sont mes motivations pour intégrer l'hôpital de jour ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A....., le

Signature :