



# 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 : .....

<b>PATIENT</b> Nom : ..... Nom de jeune fille : ..... Prénom : ..... Né(e) le ..... à ..... Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : ..... Téléphone : ..... Sexe : : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<b>COUVERTURE SOCIALE</b> N° SS : ..... Caisse : ..... CMU : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ALD 100% jusqu'à : .....  <b>MUTUELLE</b> : ..... N°Adhérent : .....
<b>MEDECIN TRAITANT</b> Nom, Prénom : ..... Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : ..... Téléphone : .....	<b>MEDECIN PSYCHIATRE</b> Nom, Prénom : ..... Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : ..... Téléphone : .....
<b>PROTECTION JURIDIQUE</b> 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 : ..... ..... .....	<b>PERSONNE (S) A PREVENIR</b> 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 : .....
<b>Vaccination téтанos à jour :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, merci d'effectuer le vaccin ou le rappel avant l'admission en HDJ.		

<b>ANTECEDENTS SOMATIQUES</b> <i>(Dont handicap(s) sensoriel(s))</i>	<b>TRAITEMENT</b>
..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....

<b>ALLERGIES CONNUES OU INTOLERANCES</b> <i>(Médicamenteuses, alimentaires, ...)</i>	<b>REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER</b> .....  <b>TEXTURE</b> <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Hachée
..... ..... ..... .....	.....

<b>CERTIFICAT D'APTITUDE A LA PRATIQUE D'ACTIVITES CORPORELLES</b>	
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 :
<b>JOINDRE DERNIERE ORDONNANCE ET RESULTATS DES DERNIERS EXAMENS MEDICAUX</b>	



**CLINIQUE DU ROUSSILLON**  
287-289 avenue Maréchal Joffre 66000 PERPIGNAN

**📞 Accueil clinique : 04 68 34 64 63**

[secretairehdj.roussillon@emeis.com](mailto: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 :**