

Nom : Prénom :

MOTIFS THÉRAPEUTIQUES

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur | <input type="checkbox"/> Troubles anxieux |
| <input type="checkbox"/> Schizophrénie, autres troubles psychotiques | <input type="checkbox"/> Troubles de la personnalité |
| <input type="checkbox"/> Troubles liés à une substance, préciser : | <input type="checkbox"/> Épuisement professionnel (burn-out) |
| <input type="checkbox"/> Troubles des conduites alimentaires | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Troubles du comportement (agressivité...) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Lesquels : |
| Idées Suicidaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Commentaires : |
| Consommation de toxiques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Lesquels : |

Certificats d'aptitude à la pratique d'activités physiques ci-joint à nous retourner

Antécédents somatiques :

Histoire de la maladie:

États clinique psychique actuel :

États clinique somatique actuel :

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

Objectifs de la prise en charge en HDJ :

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stimulation cognitive, mémoire | <input type="checkbox"/> Psycho éducation : trouble de l'humeur |
| <input type="checkbox"/> Stress, anxiété | |
| <input type="checkbox"/> Travail sur l'image de soi | <input type="checkbox"/> Conscience corporelle et activité physique |
| <input type="checkbox"/> Affirmation de soi, habilités sociales | <input type="checkbox"/> Epuisement psychique |
| <input type="checkbox"/> Reprise de l'autonomie | <input type="checkbox"/> Prévention des rechutes des addictions |

Poids : Taille :

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Appareillage : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Si oui, préciser : |
| Autonomie <input type="checkbox"/> Mobilité réduite : <input type="checkbox"/> | Commentaires : |
| Allergies : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Si oui, préciser : |
| Suivi ambulatoire extérieur : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Si oui, préciser : |

Le patient a été informé que la prise en charge en HDJ ne se substitue pas au suivi ambulatoire avec son psychiatre traitant et/ou son médecin traitant.

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Logement : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Commentaires : |
| Le patient a-t-il formulé des directives anticipées ? : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| Si oui où pouvons-nous les obtenir ? <input type="checkbox"/> Papier <input type="checkbox"/> DMP | |

Date souhaitée d'arrivée : |_|_|_|_|_|_|_|_| Date de la demande : |_|_|_|_|_|_|_|_|

CACHET DU MÉDECIN :
*Obligatoire si envoi par fax/courrier.
Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.*

**ENVOYEZ VOTRE DEMANDE
AUX COORDONNÉES CI-DESSOUS**

Secrétariat Médical
Tél : 05 59 02 13 06 Fax : 05 59 02 13 13
E-mail : princess.psy@emeis.com

Un établissement



Les données de santé collectées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique sécurisé par la Clinique. Ce traitement a pour finalité la gestion des demandes de préadmission réalisées par mail par un personnel de santé pour le compte de son patient : il est fondé sur le consentement du demandeur et de son patient. Les destinataires de ces données sont le personnel habilité de la Clinique et du siège du Groupe emeis.

Clinique Princess

6, boulevard Hauterive, 64000 Pau
Tél. : 05 59 02 13 06
Fax : 05 59 02 13 13
E-mail : princess.psy@emeis.com

**ÉLÉMENTS MÉDICAUX
CERTIFICAT MÉDICAL**

Je soussigné(e), Dr

certifie que l'état de santé de Monsieur/Madame.....

ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités suivantes :

- Activité physique douce (gym, yoga, marche...)
- Activité physique modérée (renforcement musculaire, danse...)
- Activité physique intense (cardio tonique, boxe...)

Ce certificat est délivré dans le cadre de l'hospitalisation de jour en psychiatrie adultes à la Clinique Princess.

Fait à : Le : | | | | | | | | | |

Signature et cachet du médecin

