

À remplir uniquement par le médecin adresseur

ELEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

Patient connu de l'Etablissement : Oui Non

Date de la demande : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Motif de la demande

Hospitalisation Partielle Adulte

Partie réservée à l'HDJ

ADMISSION Oui Non

COMMISSION : Accord Refus

DEMANDE INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

Coordonnées du patient adressé par vos soins

Sexe : F H

Prénom :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : |_|_| |_|_| |_|_|

Ville :

Téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| | Portable : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| | E-mail :

Nom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| | Âge :

Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre Médecin généraliste

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : |_|_| |_|_| |_|_| Ville :

Téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

E-mail :

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

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : |_|_| |_|_| |_|_| Ville :

Téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

E-mail :

Objectifs de soins en HDJ

PRISE EN CHARGE : Classique

Contre-indication à la pratique d'une activité physique :

Antécédents somatiques :

Allergies : Oui Non Si Oui, préciser :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

État clinique somatique actuel :

