

Clinique du Campus	DEMANDE D'HOSPITALISATION	Référence : EN OPC 511 Indice : d	Page : 1/3
--------------------	---------------------------	--	-------------------

Nom d'usage : ...

Prénom(s) : ...

Nom de naissance : ...

Né(e) le : .../.../....

Homme Femme

Téléphone portable : ...

Adresse :

...

Téléphone domicile : ...

Horaire d'appel à privilégier : ...

E-Mail : ...

Demande urgente : oui non

Pour : Hospitalisation complète Hospitalisation de jour Hospitalisation de nuit

Nom du médecin demandeur : ...

Nom et coordonnées du médecin traitant : ...

Nom et coordonnées du psychiatre traitant : ...

Motif de la demande :

...

Histoire de la maladie :

...

Signes cliniques :

...

<p>Antécédents Psychiatriques :</p> <p>...</p>	<p>Antécédents Somatiques :</p> <p>...</p>
<p>Antécédents addictologiques :</p> <p>Cliquez ici pour entrer du texte.</p>	<p>Allergie(s) :</p> <p>...</p>

Clinique du Campus	DEMANDE D'HOSPITALISATION	Référence : EN OPC 511 Indice : d	Page : 2/3
--------------------	---------------------------	--	-------------------

Régime :Normal : oui non précisez ...**Diagnostic principal :**

...

Diagnostics associés :

...

Statut familial et Entourage :

...

Profession :

...

Mesure de protection juridique :Oui Non En cours **Si oui, laquelle :**Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice **Devenir à la sortie :**Domicile Autre (précisez)

...

Date de la demande

...

Signature et cachet du médecin

...

Pour toute demande, joindre :

Une copie de la dernière ordonnance médicale
Une copie du dernier bilan sanguin datant de moins de 2 mois
La grille AGGIR renseignée
Une copie des derniers examens
Une photocopie carte mutuelle

Clinique du Campus	DEMANDE D'HOSPITALISATION	Référence : EN OPC 511 Indice : d	Page : 3/3
--------------------	----------------------------------	--	-------------------

--

Age du patient :	
Entrée le :	Heure :
Psychiatre :	Chambre :

N° IPP (si patient déjà venu) :

Service attribué au patient :

- HC HDJ HN
 Post-crise Urgent Séquentielle
 Senior (+ de 60ans) Ado/jeunes adultes (16 - 25 ans) TCA

<p><u>Avis du Psychiatre :</u></p> <p>Nom : _____ Date : _____ Signature : _____</p> <p style="padding-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> Avis favorable <input type="checkbox"/> Préadmission <input type="checkbox"/> Avis défavorable </p> <p><i>Commentaire et/ou observations suite à un précédent séjour :</i></p> <p>_____</p>
<p><u>Si préadmission :</u></p> <p>Date de la consultation : _____ Heure : _____</p> <p>Nom du Psychiatre : _____</p> <p style="padding-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> Avis favorable <input type="checkbox"/> Avis défavorable </p> <p><i>Commentaire suite à la préadmission :</i></p> <p>_____</p>
<p><u>Avis du Cadre du santé ou IDE réf (si absence du cadre de santé)</u></p> <p>Nom : _____ Date : _____ Signature : _____</p> <p style="padding-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> Avis favorable <input type="checkbox"/> Préadmission <input type="checkbox"/> Avis défavorable </p> <p><i>Commentaire et/ou observations suite à un précédent séjour :</i></p> <p>_____</p>
<p>Observations du secrétariat suite aux entretiens téléphoniques :</p> <p><u>N° SS :</u> _____ <u>Mutuelle :</u> _____</p>

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'immatriculation :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse : _____

Code Postal :

--	--	--	--	--	--

 Commune : _____

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...		
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

- A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
- B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
- C : ne fait pas.

A, le

Signature et cachet du praticien

ATTENTION

Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie