

Clinique du Campus	<b>DEMANDE D'HOSPITALISATION</b>	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><b>Antécédents Psychiatriques :</b></p> <p>...</p>	<p><b>Antécédents Somatiques :</b></p> <p>...</p>
<p><b>Antécédents addictologiques :</b></p> <p>Cliquez ici pour entrer du texte.</p>	<p><b>Allergie(s) :</b></p> <p>...</p>

Clinique du Campus	<b>DEMANDE D'HOSPITALISATION</b>	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