

Demande d'hospitalisation - Clinique Les Collines du Revest

Merci de renvoyer cette demande dûment complétée **par un médecin** au service des Admissions :

Service des Admissions : Tél : 04 94 18 10 26 / Fax : 04 94 18 10 48

Email : admission.collinesdurevest@orpea.net ou admission2.collinesdurevest@orpea.net

Informations générales sur le patient :

Nom du patient :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Situation psychiatrique :

Motif de la demande d'hospitalisation/

Psychiatrie générale

SSR Addictologie

Histoire de la maladie

Hospitalisation de jour

Hospitalisation de nuit

Antécédents psychiatriques (personnels et familiaux) :

Retentissement sur son entourage :

Existe-t-il des troubles du comportement ? (agressivité, ...)

Oui

Non

Si oui, lesquels ?

Existe-t-il un suivi psychiatrique et/ou addictologique ambulatoire ?

Oui

Non

Si oui, par qui ?

Situation sociale :

Emploi : Oui Non Précisions :

Logement : Oui Non Précisions :

Mesure de protection (tutelle/curatelle) : Oui Non En cours

Situation Somatique :

- Toxique(s) Oui Non Si oui :

- Troubles cognitifs Oui Non Si oui :

- Allergie Oui Non Si oui :

- Cardio-vasculaire Oui Non Si oui :

- Pulmonaire Oui Non Si oui :

- Diabète Oui Non Si oui :

- Nutrition Oui Non Si oui :

Antécédents médico-chirurgicaux:

Handicap particulier :

Autonome

Handicap partiel

Handicap total

Traitements en cours (somatiques et psychiatriques)

Médecin demandeur

Nom :

Le,

Spécialité :

Tél :