

FICHE MEDICALE DE DEMANDE DE PREADMISSION

Date :

DEMANDEUR :



Nom :

Prénom : Age :

Tél.:

Ville : connu d'Aufréry : oui non

Médecin adresseur :

Généraliste - déclaré :

Tél :

ville :

Psychiatre extérieur :

Tél :

ville :

Hôpital :

Tél :

ville :

Eléments psychiatriques :

Eléments somatiques :

Traitement :

Risques de / Antécédents :

- ▶ Chute : oui non
- ▶ Fausse route : oui non
- ▶ Crise convulsive : oui non
- ▶ Infectieux : oui non

si oui, préciser :

Addictions :

- ▶ Toxiques
- ▶ Médicaments
- ▶ Alcool
- ▶ Tabac

Autonomie :

- ▶ marcher seul ?
- ▶ toilette seul ?
- ▶ manger seul ?
- ▶ escalier seul ?

● Suivi psychiatrique : oui non

● Hospitalisation : oui non

● Antécédents psychiatriques : oui non

● Tentative de Suicide : oui non

● Mode de vie :

● Profession :

● Couverture sociale :

● Tutelle/curatelle :

Projet de sortie :

● Retour domicile :

● Soins de suite :

● Autres :

je souhaite adresser ce patient à : Dr

Autres éléments :

Validation médicale - nom et signature du médecin