

FORMULAIRE DE PRE-ADMISSION MEDICALE

(à compléter par le médecin)

Clinique d'Aufréry : IPP :

Date réception dossier :

IDENTIFICATION DU PATIENT : ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM : _____

NOM de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

N° de téléphone : _____

Mineur : ☐ Oui ☐ Non

Adresse : _____ Ville/Code postal : _____

Nom et prénom du proche aidant : _____ N° de téléphone : _____

IDENTIFICATION DU MEDECIN ADRESSEUR : ☐ Médecin traitant ☐ Psychiatre traitant ☐ Autre

NOM : _____

Prénom : _____

Ville : _____

Code postal : _____

N° de téléphone : _____

Mail : _____

Nom du médecin traitant (si différent du médecin adresseur) : _____

Nom du psychiatre traitant (si différent du médecin adresseur) : _____

ELEMENTS PSYCHIATRIQUES :

- Hospitalisation à la demande de (*plusieurs réponses possible*) : ☐ Patient
☐ Proposition Médicale ☐ Entourage du patient ☐ Obligation de soin / Injonction de soins

- Le patient a déjà été hospitalisé à la Clinique d'Aufréry ? ☐ Oui ☐ Non

Date : _____

- Le patient a déjà été hospitalisé dans une autre structure ? ☐ Oui ☐ Non

Lieu : _____

Date : _____

Joindre compte(s) rendu(s) antérieur(s)

Motif de la demande d'hospitalisation :

Objectifs de l'hospitalisation :

- Antécédents psychiatriques : _____

- Tentative de suicide ? ☐ Oui ☐ Non

- Addictions : ☐ Oui ☐ Non

Si oui : ☐ Tabac ☐ Alcool ☐ THC ☐ Médicament ☐ Autres toxiques

Précisez : _____

Un dossier de comorbidité addictive pourra vous être demandé en complément.

FORMULAIRE DE PRE-ADMISSION MEDICALE

(à compléter par le médecin)

Clinique d'Aufréry : IPP :

Date réception dossier :

ELEMENTS SOMATIQUES :

Antécédents médicaux :	Antécédents chirurgicaux :
------------------------	----------------------------

- Le patient présente une pathologie cardiaque ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, date de la dernière consultation et nom du cardiologue : _____

- Le patient présente une altération cognitive sévère ? ☐ Oui ☐ Non
- Le patient nécessite de l'O² ? ☐ Oui ☐ Non
- Le patient est appareillé pour l'apnée du sommeil ? ☐ Oui ☐ Non
- Le patient présente un état de dénutrition ? ☐ Oui ☐ Non
- Le patient est atteint d'une maladie chronique ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez : _____

- Le patient est porteur d'un handicap ? ☐ Oui ☐ Non _____

Si oui, précisez : _____

Autonomie : - Marche seul ☐ Oui ☐ Non - Toilette seul ☐ Oui ☐ Non - Mange seul ☐ Oui ☐ Non - Elimination seul ☐ Oui ☐ Non	Risque de : - Chute ☐ Oui ☐ Non - Trouble de la déglutition ☐ Oui ☐ Non - Crise convulsive ☐ Oui ☐ Non - Infection ☐ Oui ☐ Non
--	---

2

Traitement actuel : Joindre obligatoirement la (les) dernière(s) prescription(s) médicale(s) en cours☐ Conciliation médicamenteuse – Clinique d'Aufréry**SITUATION SOCIALE :**

- Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Concubinage ☐ Divorcé ☐ Veuf
- Situation professionnelle : ☐ En activité ☐ Chômage ☐ Retraité ☐ Invalidité

Profession : _____

- Le patient a-t-il un logement ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, le patient bénéficie-t-il d'un hébergement dans : ☐ Sa famille ☐ Un foyer ☐ Des amis☐ Autre (précisez) _____

Date et Signature du médecin adresseur :	Commission médicale : Validation dossier ☐ Oui ☐ Non Parcours patient : ☐ Général ☐ Spécifique : Date : Signature : <i>Cadre réservé à la clinique</i>
---	--