

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 : <ul style="list-style-type: none">Marche seul <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NonToilette seul <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NonMange seul <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NonElimination seul <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Risque de : <ul style="list-style-type: none">Chute <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NonTrouble de la déglutition <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NonCrise convulsive <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NonInfection <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 : 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Parcours patient : <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Spécifique : Date : Signature : <i>Cadre réservé à la clinique</i>
---	--