

# FORMULAIRE DE PRE-ADMISSION MEDICALE

(à compléter par le médecin)

Clinique Aufréry : IPP : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM : \_\_\_\_\_ NOM de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Madame  Monsieur

Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° de Téléphone : \_\_\_\_\_

Mineur :  Oui  Non

Nom et Prénom du proche aidant : \_\_\_\_\_ Numéro du proche aidant : \_\_\_\_\_

## IDENTIFICATION DU MEDECIN ADRESSEUR Médecin traitant Psychiatre traitant Autre

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postale : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° de Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Nom et coordonnées médecin traitant (si différent du médecin adresseur) : \_\_\_\_\_

Nom et coordonnées psychiatre traitant (si différent du médecin adresseur) : \_\_\_\_\_

## ELEMENTS PSYCHIATRIQUES

Hospitalisation à la demande de (plusieurs réponses possible) :  PATIENT  JUSTICE

PROPOSITION MEDICALE  ENTOURAGE DU PATIENT  OBLIGATION DE SOIN

Le patient a déjà été hospitalisé à la clinique d'Aufréry ?  Oui  Non

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

Lieu : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Objectifs de l'hospitalisation :

Motif demande d'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Antécédents psychiatriques : \_\_\_\_\_

Tentative de suicide ?  Oui  Non

**ELEMENTS SOMATIQUES**

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

Problème cardiaque ?  Oui  Non

Si oui, date dernière consultation et non du cardiologue : \_\_\_\_\_

Existe-t-il une altération cognitive sévère ?  Oui  Non

Le patient nécessite-t-il de l'O<sub>2</sub> ?  Oui  Non

Le patient est-il appareillé pour l'apnée du sommeil ?  Oui  Non

Le patient présente-t-il un état de dénutrition ?  Oui  Non

Le patient est-il atteint d'une maladie chronique ?  Oui  Non

**Addictions :**  Non  Oui Si oui :  Tabac  Alcool  THC  Médicament  Autre toxique (Spécifiez)

**Risque de :**

Chute <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Trouble de la déglutition <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Crise convulsive <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Infection <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--	---	--

**Autonomie :**

Marche seul	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Mange seul	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Toilette seul	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Elimination seul	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Activité physique :** \_\_\_\_\_

**Traitement actuel** (joindre une copie de la dernière ordonnance) : \_\_\_\_\_

Conciliation médicamenteuse – Clinique d'Aufréry

**SITUATION SOCIALE**

Situation familiale :  Marié  Concubinage  Célibataire  Divorcé  Veuf

Situation professionnelle :  En activité  Chômage  Retraité  Invalidité

Profession : \_\_\_\_\_

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

Le patient bénéficie-t-il d'un hébergement  Dans sa famille  Dans un foyer  Chez des amis

Autre \_\_\_\_\_

Date et signature du médecin demandeur

Validation par psychiatre – Clinique d'Aufréry