Hôpital et
résidence de
Bain-de-Bretagne

HOSPITALITÉ
Saint-Thomas de Villeneuve

DEMANDE D'ADMISSION

HÔPITAL DE JOUR DE PSYCHIATRIE

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Coordonnées du patient :

Sexe : ☐ F ☐ H
Nom :
Prénom :
Nom de jeune fille :
Lieu de naissance :
Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
Adresse :
Code Postal : |__|__|__|__|__| Ville :
Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Portable : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| E-mail :

Coordonnées de l'adresseur :

Médecin psychiatre ☐ Autre ☐ : ……

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : |__|__|__|__|__| Ville :
Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
E-mail :

Coordonnées du médecin traitant :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : |__|__|__|__|__| Ville :
Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
E-mail :

Couverture sociale :

Nom de l'assuré : ☐ CPAM ☐ Autres :
N° d'immatriculation : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__| ☐ ALD
Assurance complémentaire :
Nom de la mutuelle : N° adhérent :
Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Personne à prévenir en cas de nécessité :

Nom : Prénom :
Adresse :
Code Postal : |__|__|__|__|__| Ville :
Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Portable : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| E-mail :
Lien avec le patient :

Protection juridique :

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre, préciser :
Nom et coordonnées :

ÉLÉMENTS MÉDICAUX

CONFIDENTIELS

Nom : Prénom :

Motif Thérapeutique :

☐ Troubles de l'humeur
☐ Schizophrénie, autres troubles psychotiques
☐ Troubles liés à une substance, préciser :
☐ Troubles des conduites alimentaires
☐ Autre :
☐ Troubles anxieux
☐ Troubles de la personnalité
☐ Épuisement professionnel (burn-out)
☐ Troubles du sommeil

Troubles du comportement (agressivité...) : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :
Idées suicidaires : ☐ Oui ☐ Non Commentaires :
Consommation de toxiques : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :

Antécédents somatiques :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

État clinique somatique actuel :

Traitements en cours (somatique & psychiatrique) *(Merci de joindre la dernière prescription par fax / par mail)* :

Poids : Taille :
Appareillage : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :
Autonomie ☐ Mobilité réduite : ☐ Commentaires :
Allergies : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :
Suivi ambulatoire extérieur : ☐ Oui ☐ Non Si oui, avec qui :
Logement : ☐ Oui ☐ Non Commentaires :

Date souhaitée d'arrivée : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **Date de la demande :** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

ENVOYER VOTRE DEMANDE

Coordonnées du Secrétariat Médical
Tél : 02 56 15 28 24
Messagerie sécurisée : bain.hdj.psychiatrie@hstv.mssante.fr