Hôpital et
résidence de
Bain-de-Bretagne

HOSPITALITÉ
Saint-Thomas de Villeneuve

Demande d'admission en HÔPITAL DE JOUR de PSYCHIATRIE

DEMANDE À ADRESSER PAR MAIL À : : bain.hdj.psychiatrie@hstv.mssante.fr

Pour toutes interrogations, vous pouvez joindre le secrétariat au 02 56 15 28 24

IDENTITÉ DU PATIENT

Nom de naissance : .....Nom d'usage.....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance.....

Adresse postale complète : .....
.....

Téléphone(s) fixe/portable : ..... E-mail .....

Personne de confiance : .....

COUVERTURE SOCIALE

N° de sécurité sociale :

Régime obligatoire (CPAM , MSA, autre)	Régime complémentaire (mutuelle)

PERSONNE À PRÉVENIR

Nom : .....Prénom : .....

Téléphone(s) fixe/portable : ..... E-mail .....

Lien avec le patient : .....

MESURE DE PROTECTION

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre, préciser : .....

Nom et coordonnées : .....
.....
Téléphone(s) fixe/portable : ..... E-mail .....

DEMANDEUR :

Médecin psychiatre ☐ Autre ☐

Nom : ..... Prénom :.....
Adresse postale complète : .....
.....
Téléphone(s) fixe/portable : .....
E-mail : .....

Médecin traitant :

Nom : ..... Prénom :.....
Adresse postale complète : .....
.....
Téléphone(s) fixe/portable : .....
E-mail : .....

ÉLÉMENTS MÉDICAUX :

Motif Thérapeutique :

☐ Troubles de l'humeur
☐ Schizophrénie, autres troubles psychotiques
☐ Troubles liés à une substance, précisez :
☐ 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 :
Consommations de toxiques : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :

Antécédents somatiques :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

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

PROJET THÉRAPEUTIQUE – ATTENTES VIS-A-VIS DE L'HDJ :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Poids :……

Taille :……

Appareillage : ☐ Oui ☐ Non Si Oui, précisez :

☐ Autonomie ☐ Mobilité réduite

Allergies ☐ Oui ☐ Non Si Oui, précisez :

Suivi ambulatoire extérieur : ☐ Oui ☐ Non Si Oui, avec qui :

Logement ☐ Oui ☐ Non Commentaires :

Date admission souhaitée : ..... Date de la demande : .....