

NOM : _____	NOM de jeune fille : _____
Prénom : _____	Numéro SS : _____
Né(e) le : _____	Lieu de naissance : _____
Adresse postale : _____	
_____	
N° tel : _____	
Nom et numéro de tel d'un proche : _____	
_____	
Adresse mail : _____	N° de Portable : _____
Médecin demandeur : _____	Psychiatre : _____
Personne à prévenir (urgence) : _____	
ALD oui / non    CMU oui / non    Mutuelle _____	

### 1- Antécédents psychiatriques

- Diagnostics psychiatriques connus ? Depuis quand ?
- Suivis psychiatriques antérieurs ? (Nom et durée)
- Traitements antérieurs (lesquels, durée, posologie) ?
- Hospitalisations psychiatriques antérieures (urgences comprises, Où, combien, durée ?)

### 2- Fonctionnement

- Scolarité
- Profession
- Source de revenu
- Type d'hébergement : seul ? en collocation ? en famille ?

### 3- Antécédents familiaux : OUI - NON

- Si oui, qui ?

**4- Consommation** (depuis quand, dose/], cure : OUI NON si OUI : préciser

- Cannabis, Alcool Amphétamine, Cocaïne, Opiacés

**5- Traitement actuel (joindre dernière ordonnance) :**

**6- Symptômes**

- Hallucinations: OUI - NON
- Idées délirantes: OUI - NON
- Idée de grandeur, de référence: OUI - NON
- Méfiance exagérée/désinhibition: OUI - NON
- Difficultés de communiquer avec les autres/ Familiarité : OUI - NON
- Labilité émotionnelle/émoussement: OUI - NON
- Troubles cognitifs (mémoire, planification): OUI - NON
- Hypersensibilité sensorielle: OUI - NON
- Symptômes négatifs (incurie, perte d'initiative, ralentissement: OUI - NON
- Réduction durée de sommeil (combien? depuis quand? ): OUI - NON
- Accélération psychomotrice /agitation?: OUI - NON

**7- Signes d'urgences**

- Idées suicidaires? OUI - NON
- Idée hétéro-agressives? OUI - NON
- Détériorations rapides du fonctionnement? OUI - NON
- Désorganisation importante? OUI - NON
- Capacités à assurer ses besoins de base (hébergement, alimentation, sécurité) OUI - NON
- Suivi psychiatrique actuel? OUI - NON

**A NOTER:**

Date et signature du médecin demandeur

Validation par psychiatre – Clinique d'Aufréry



DEMANDE MEDICALE D'ADMISSION  
Programme REPEPS – CATTM



RAYER LES MENTIONS INUTILES

**CONCLUSION:** ADMISSION: OUI -NON Si oui, date évaluation initiale: .....

Réorientation: CMP, Psychiatre, Psychologue, urgences, Médecin généraliste