

FORMULAIRE DE PRE-ADMISSION MEDICALE

(à compléter par le médecin)

Clinique Aufréry : IPP : _____ Date : _____

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM : _____ NOM de naissance : _____

Prénom : _____

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 PROPOSITION MEDICALE ENTOURAGE DU PATIENT JUSTICE

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'O₂ ? 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