Département de Psychiatrie
SUPEA/Unité Crise Orientation UCO
Av. du Bugnon 50
CH-1011 LAUSANNE

Formulaire d'hospitalisation COHC

Date de la demande **Heure de la demande**

Demandeur/ese

Nom : **Profession :** **Contact : Mail :**

Lieu de consultation (Service) : **Tél :**

Patient.e

Nom : **Prénom :**

Date de naissance : **Age :** **Sexe :** **Adresse :**

Secteur : **Logement chez :**

Les parents sont :

Thérapeute Référent : **Profession :** **Contact : Mail :**
Tél :

Pédiatre Référent : **Contact : Mail :**
Tél :

Autres professionnels dans la situation : **Contact : Mail :**
Tél :

Hospitalisation pédopsychiatrie antérieure : **Unité :**

Motivation de la demande d'hospitalisation

Hypothèse de crise actuelle :

Anamnèse actuelle et status psychique :

Anamnèse familiale et scolaire :

ATCD psychiatriques :

ATCD somatiques :

Habitudes (toxiques, OH, autres) :

Traitement actuel :

Posologie : **Réserves :**

Autres informations :

Objectifs de l'hospitalisation

Mesures mises en place par le thérapeute avant la demande à la COHC

Date de la dernière évaluation : **Prochaine RDV ambulatoire :**

Aspects légaux de l'hospitalisation : À remplir obligatoirement

Type d'hospitalisation : **Autorité parentale :** **Garde parentale :**
Patient.e informée de la demande : **Patient.e D'accord avec l'hospitalisation :**
Parents informés de la demande : **Parents d'accord avec la demande :**

DGEJ : **Nom de l'Assistant Social :**
Tribunal des Mineurs : **Office Cantonal des Tuteurs (OCT) :**

Compléments de la COHC - à remplir par l'orienteur.rice :

Orientation Souhaitée : **Alternatives possibles :**

Degré d'urgences ☐ <24H ☐ 24H-48H ☐ Plus de 48H **Décision et date :**

Commentaires :

Formulaire à remplir informatiquement et à retourner par e-mail (supea.orientation.huc@chuv.ch)