



Etiquette patient

DEMANDE D'ADMISSION / CONSULTATION

Demandeur

Date

Heure

(nom/tél./fax)

☐ Méd. trait. ☐ Consult. CAPAA ☐ Equipe mob. ☐ HJ ☐ Psy liaison ☐ Psy indép. ☐ Autre secteur:Patient/e F ☐ H ☐

Né/e :

Assur. :

Adresse/tél. :

N° ass. :

MOTIF D'HOSPITALISATION**DONNEES SOCIALES**

Nationalité/origine :

☐ célib. ☐ divorcé/e ☐ séparé/e
☐ marié/e ☐ veuf/veuve**Logement**☐ Appart./maison
☐ Vit seul/e
☐ Vit avec :
☐ EMS – nom :
☐ Autre :**Mesure tutélaire**☐ Non☐ Curatelle - type :☐ Cons. Leg. - nom :**DONNEES CLINIQUES (symptômes, contexte, facteurs déclenchants ...)**Informations détaillées : ☐ seront envoyées ☐ ancien dossierDanger : ☐ suicide ☐ chute ☐ négligence de besoins ☐ fugue ☐ agressionAct. vie quotid : ☐ indépendant(e) ☐ besoin d'aide ☐ dépendant(e)**MANDAT CONFIE – type****Dg psychiatrique (clinique/personnalité/substance)****Dg somatique** examen fait le

Par

Bilan démente fait ☐ oui ☐ non

Adhésion aux soins :

Consentement ☐ oui ☐ non ☐ incapable**RÉSEAU NON MÉDICAL**

Coordonnées des proches

Fréquence des contacts/aide

RÉSEAU DE SOINS☐ Méd. trait./tél./fax☐ Autre somaticien :☐ CMS – fréq. ☐ UAT – fréq.☐ Hôp. de jour ☐ Consult. CAPAA☐ Psychiatre indép**TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX****ORIENTATION**

Hôpital :

☐ Volont.☐ PLAFA☐ HJ☐ Consult gén.☐ Equipe mob.☐ MémoireDirectives anticipées ☐ Oui ☐ Non ☐ ?**Autre décision****Fait par médecin****Admission** - date / heure / unité

Nom et signature

RDV avec

