

## DEMANDE D'HOSPITALISATION COMPLETE / NUIT

Par mail : [admissions@saintroch-montfleuri.fr](mailto:admissions@saintroch-montfleuri.fr) / [admsaintroch@enovacom.easycrypt.fr](mailto:admsaintroch@enovacom.easycrypt.fr)

### Coordonnées du patient adressé par vos soins

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  F  M  Non binaire

Adresse : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

### Documents administratifs à joindre obligatoirement pour toute demande d'admission :

N° de sécurité sociale : ..... Nom de la mutuelle : .....

Personne à contacter : Nom ..... Tel : ..... Lien de parenté : .....

### Coordonnées Etablissement et/ou du Médecin adresseur

Etes-vous ? Médecin psychiatre :  Médecin généraliste :

Nom : ..... Prénom : .....

Ville : .....

E-mail : .....

Téléphone : .....

Date d'hospitalisation souhaitée : ..... / ..... / .....

Service souhaité : .....

Psychiatre traitant : .....

Durée approximative des soins : .....

### Etat psychiatrique

Motif d'admission :

.....  
.....  
.....  
.....

Etat actuel : .....

Projet Personnalisé de Soins : .....

.....

Traitement psychiatrique en cours (Joindre la copie de la dernière ordonnance du traitement psychiatrique) :

.....  
.....

Antécédents psychiatriques :

.....  
.....

Antécédents d'agressivité :  OUI  NON Si oui : auto-agressivité :  hétéro-agressivité

Antécédents de TS :  OUI  NON Si oui : date de la TS : .....

Antécédents de fugue :  OUI  NON

Patient(e) déjà hospitalisé(e) à la Clinique Saint Roch Montfleuri :  OUI  NON

Séjour en milieu psychiatrique : OUI  NON

Si oui : Nom établissement : .....

Le patient a-t-il rédigé des directives anticipées en psychiatrie ? OUI  NON  Si oui : joindre la copie

### Volet social

Hébergement ou logement à la sortie : OUI  NON

Sous mesure de protection :  OUI  NON  EN COURS

Sauvegarde de justice  Curatelle  Curatelle renforcée  Tutelle

Nom et coordonnées : .....

## Addictions – Toxicomanies

OUI  NON  Si oui : Tabac :  Alcool :  Cannabis :  Cocaïne :  Médicaments :  Opiacés :   
 Autres Précisez : .....

## Etat somatique

### Antécédents médicaux /chirurgicaux :

.....  
.....

- A. Cardiaque (HTA, trouble du rythme, IDM, stents, artériosclérose, IC, angor) : OUI  NON
  - A. Neurologique (AVC, Parkinson, T cognitifs, Epilepsie, neuropathies, vertiges, maladie neuro dégénérative) : OUI  NON
  - A. Métabolique (Diabète, obésité, dénutrition, TCA, cirrhose hépatique) : OUI  NON
  - A. Pneumologique (Emphysème, asthme, insuffisance respiratoire, BPCO) : OUI  NON
  - A. Rénale (clairance, créatinine) : OUI  NON
  - Cancer : Rémission  Suivi  Chimio/radiothérapie en cours :  Autre : .....
- (Si maladie chronique, joindre le dernier CR d'hospitalisation ou CR spécialiste)

Allergie : OUI  NON  si oui : précisez : .....

Etat général : Bon  Moyen  Mauvais

Commentaires :

.....  
.....

Etat cutané : Bon  Moyen  Mauvais

Commentaires :

.....  
.....

Autonomie : OUI  NON

Grille AGGIR : 1  2  3  4  5  6

Mobilité réduite : OUI  NON  Si oui : fauteuil roulant  déambulateur  canne  avec aide :

Trouble de l'équilibre : OUI  NON

Trouble de la déglutition : OUI  NON  Si oui : texte hachée :  texture mixée :

Le patient est-il atteint d'un handicap visible ? OUI  NON  Si oui : auditif :  visuel :  moteur :

Le patient présent-il un état confusionnel ? OUI  NON

Traitement somatique en cours (Joindre la copie de la dernière ordonnance du traitement somatique habituel) :

.....  
.....

### Modalités particulières :

Après une période d'observation et de réévaluation de la pertinence de l'hospitalisation, si le patient n'est pas adapté à notre prise en charge, il sera réorienté vers l'établissement adresseur.

CADRE RESERVE A LA CLINIQUE SAINT ROCH MONTFLEURI		
Avis médical	Avis Cadre de santé/ Cadre de soins	
Date : .....	Date : .....	
Nom : .....	Nom : .....	Nom : .....
Signature :	Signature :	Signature :