



QUESTIONNAIRE MEDICAL – DEMANDE D’ADMISSION

A compléter et à renvoyer par courrier à **Hôpital de Jour INICEA (Dr Dussere)**

Résidence Les Novéales 50 Avenue Jean Jaurès - 33150 CENON

En vue d’une admission de votre patient dans notre Hôpital de Jour, nous vous remercions de bien vouloir nous communiquer les informations suivantes.

PATIENT	Médecin Psychiatre <input type="checkbox"/>
	Médecin Généraliste <input type="checkbox"/>
Nom de naissance :	Nom du médecin :
Nom usuel :	Prénom du médecin :
Prénom :	Adresse :
Date de naissance : ____/____/____
Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
Protection juridique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Tel :
Tel personnel :	Mail :

Antécédents psychiatriques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents médicaux :

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents chirurgicaux :

.....

.....

.....

Allergies : Non

Oui Lesquelles :

.....

Régime alimentaire particulier :



QUESTIONNAIRE MEDICAL – DEMANDE D'ADMISSION

A compléter et à renvoyer par courrier à **Hôpital de Jour INICEA (Dr Dussere)**

Résidence Les Novéales 50 Avenue Jean Jaurès - 33150 CENON

Consommation d'alcool estimée

.....

.....

.....

Consommation tabagique Oui Non

Consommation de toxiques (Cannabis, Héroïne, Cocaïne...)

.....

.....

.....

.....

Vaccinations à jour :

BCG : Oui Non Date :

Tétanos / Polio : Oui Non Date :

Autre (Préciser) : Date :

Autre (Préciser) : Date :

Statut sérologique (hépatites et HIV) :

Antécédents transfusionnels : Non Oui Date : ___/___/_____

Examens biologiques et radiologiques < 6 mois (Joindre copie des résultats si possible) :

.....

.....

Traitements en cours (Ou joindre l'ordonnance en cours)

.....

.....

.....

.....

Si vous êtes à l'origine de la demande d'admission :

MOTIFS DE L'HOSPITALISATION :

Fait le : ___/___/_____

Signature du médecin :

Cadre Réservé à L'HDJ
ADMISSION VALIDEE -

ADMISSION REFUSEE / MOTIF :