



CLINIQUE
DU PAYS DE SEINE

FORMULAIRE D'ADMISSION HDJ

À REMPLIR PAR LE PATIENT (OU RESPONSABLE LÉGAL) ET À RENVOYER.

Date d'entrée..... Date de sortie.....
Catégorie d'âge Adulte Adolescent

Coordonnées du patient

Nom de famille
Prénom
Sexe H F Nationalité
Date de naissance Ville de naissance
Situation familiale Nombre d'enfants dont à charge
Adresse habituelle
Code postal Ville
Profession
Téléphone

Informations médicales

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) dans une clinique Inicéa ?
 Oui Non Si oui, laquelle

Avec le Docteur

Avez-vous été hospitalisée en psychiatrie durant l'année en cours ? (joindre le(s) bulletin(s) d'hospitalisation)
 Oui Non Nombre de jours

Nom et adresse du médecin adressant

Avez-vous déclaré votre médecin traitant (réfèrent) ?
 Oui Non

Si oui, nom et adresse de celui-ci

Régime d'assurance maladie (CPAM, MSA, MGEN...)*

Nom de la caisse

Adresse

Code postal..... Ville.....

Numéro de sécurité sociale

Mutuelle ou CMU.....

Adresse

Code postal..... Ville.....

Téléphone

ALD (Affectation Longue Durée) Oui Non En cours

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom..... Prénom.....

Lien de parenté..... T. fixe

T. portable T. travail.....

Nom..... Prénom.....

Lien de parenté..... T. fixe

T. portable T. travail.....

Fait le :

Signature du patient :

Personne responsable du paiement

Nom..... Prénom.....

Lien de parenté..... T. fixe

T. portable T. travail.....

Fait le :

Signature du responsable :

*La psychiatrie étant remboursée différemment, merci de vérifier vos garanties auprès de votre mutuelle.



CLINIQUE
DU PAYS DE SEINE

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

A COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU LE PSYCHIÂTRE ET
À RENVOYER SOUS PLI FERMÉ CONFIDENTIEL ADRESSÉ AU SERVICE CONCERNÉ.

Coordonnées du patient

Nom de famille.....
Prénom Date de naissance.....
Sexe H F Taille..... Poids.....
Protection juridique Oui Non
Téléphone personnel.....

Médecin adressant

Nom..... Prénom.....
Adresse.....
Code postal..... Ville.....
Téléphone.....

Renseignements médicaux

Motif(s) de l'hospitalisation.....
.....
.....

Antécédents psychiatriques.....
.....
.....

Antécédents médicaux.....
.....
.....

Antécédents chirurgicaux.....
.....
.....

Allergies.....
.....
.....

Statut sérologique (Hépatites et HIV).....

Antécédents transfusionnels Oui Non Date.....

Traitements (ou copie de l'ordonnance)
.....
.....

Mode d'administration et de gestion du traitement

Autonome Semi-autonome Non-autonome

Observance du traitement : Bonne Moyenne Mauvaise

Examens biologiques et radiologiques inférieurs à 6 mois (joindre une copie des résultats si possible)
.....
.....

Observations et commentaires
.....
.....

Les pièces médicales à fournir

- Dans tous les cas, fournir un bilan lipidique et glycémique à jeun
- Pour tous les patients, fournir un certificat d'aptitude sportive
- Pour les patients alcoolo-dépendants, fournir un bilan SGOT, SGPT, Gamma GT et CDT
- Pour les patients diabétiques, fournir un bilan hémoglobine glyquée

Fait le :

Signature du médecin :



CLINIQUE
DU PAYS DE SEINE

HISTOIRE DE LA CONDUITE ÉTHYLIQUE

CE DOSSIER DOIT ÊTRE REMPLI POUR UN SUJET D'ALCOOLO-DÉPENDANCE
PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR DE L'HOSPITALISATION.

État actuel du patient

Somatique

.....

.....

Psychiatrique

.....

.....

Le patient est-il actuellement soigné pour une autre maladie ?

.....

Suit-il un régime alimentaire particulier ?

.....

.....

Antécédents de cure de sevrage, de post-cure éventuels

Y'a-t-il des antécédents familiaux, des habitudes de consommation des parents ?

.....

.....

.....

Quand et comment le patient a-t-il débuté sa prise exagérée d'alcool ?

.....

.....

.....

Quelles sont les circonstances habituelles d'alcoolisation ?

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

Quels sont le(s) type(s) de boissons consommées

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

Lieux

.....

Contexte : Seul À plusieurs

Retentissement :

Familial Professionnel Judiciaire

Notes

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

Autres toxiques utilisés (drogues, médicaments, tabac, ...)

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

Motivation de la demande de soins de suite alcoologie à la clinique des Pays de Seine :

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



CLINIQUE
DU PAYS DE SEINE

QUESTIONNAIRE SUR LES INTENTIONS

A COMPLÉTER PAR LE PATIENT SUJET À L'ALCOOLÉMIE.

L'élément déclencheur

Y a-t-il eu un événement particulier ?

.....

.....

Avez-vous conscience de perdre le contrôle de votre consommation d'alcool et/ou d'être dépendant ?

Oui Non

Si non, qu'est ce que l'alcool pour vous ?

.....

.....

Si oui, pouvez-vous décrire votre maladie ?

.....

.....

Que souhaitez-vous ?

- Je veux arriver à boire de l'alcool sans excès
- Je ne veux plus boire du tout d'alcool
- Je veux être capable de boire un peu d'alcool, dans des circonstances exceptionnelles

Avez-vous conscience de consommer de l'alcool dans des situations particulières ?

Oui Non

Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques sur votre consommation d'alcool ?

Oui Non

Avez-vous déjà ressenti le besoin ou l'envie de réduire votre consommation ?

Oui Non

Si oui pour quelles raisons ?

.....

.....

Pensez vous que soigner votre problème d'alcool signifie organiser votre vie autrement ?

Oui Non

Si oui, de quelle manière ?

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

Avez-vous décidé d'informer des personnes de votre entourage ?

Oui Non

Si oui, que leur avez-vous dit ?

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

Consentement au contrat de séjour HDJ

Je soussigné(e)
déclare être volontaire pour effectuer une prise en charge au sein de l'hôpital de jour de la clinique Pays de Seine pour la durée qui sera déterminée en accord avec l'équipe médicale.

Je m'engage à participer à toutes les activités thérapeutiques qui me seront proposées et à accepter le contrat de séjour de l'HDJ dont j'ai pris connaissance.

Fait le :

Signature :



CLINIQUE
DU PAYS DE SEINE

QUESTIONNAIRE SUR LES INTENTIONS

A COMPLÉTER PAR TOUS LES PATIENTS.

Coordonnées du patient

Nom de famille

Prénom

Votre projet à l'Hôpital de jour

Quel est votre projet à l'Hôpital de jour ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Que souhaitez-vous travailler avec les soignants ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quel est votre projet de vie ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



CLINIQUE
DU PAYS DE SEINE

CERTIFICAT D'HOSPITALISATION

POUR UN ENFANT MINEUR OU POUR UN MAJEUR PROTÉGÉ

Catégorie d'âge

Adulte

Adolescent

Tuteur légal

Je soussigné(e) Mr, Mme*

Prénom

Adresse

Code postal..... Ville.....

Téléphone

Tuteur du patient :

Nom..... Prénom

Date de naissance

Adresse

Code postal..... Ville.....

certifie accepter son hospitalisation à la Clinique.....
où je l'autorise à recevoir les soins nécessaires.

Si hospitalisation en séquentielle sur le pôle adolescents, cette hospitalisation se déroulera (précisez la séquence) :

A partir du :

*rayer les mentions inutiles

Je l'autorise, avec l'accord du médecin

À sortir à l'extérieur de la clinique Oui Non

Si oui : Seul Accompagné par :

À avoir une activité sportive, dans le cadre du planning des activités

Oui Non

À participer aux sorties éducatives du service, accompagné(e) d'un personnel soignant

Oui Non

À le transporter avec le véhicule de service ou à utiliser tout autre moyen adapté, selon les besoins (taxi, VSL...)

Oui Non

Autorisation d'intervention dans l'hôpital le plus proche

Oui Non

Fait le :

Signature :