

DEMANDE D'ADMISSION À L'HÔPITAL DE JOUR

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN ADRESSEUR ET À RENVoyer

Vous souhaitez qu'un de vos patients soit pris en charge à l'Hôpital de Jour. Nous vous remercions de nous faire parvenir les éléments suivants pour que nous puissions valider et préparer son admission.

Coordonnées du patient

Nom de naissance Sexe : Homme Femme
Nom usuel Protection juridique : non oui
Prénom Téléphone personnel
Date de naissance Adresse mail

Coordonnées du médecin adresseur

Nom Médecin psychiatre
Prénom Médecin généraliste
Adresse Structure hospitalière :
CP-Ville
Téléphone
Adresse mail

Indications / motifs de la demande d'hospitalisation

Début de prise en charge souhaitée

Le patient est-il scolarisé ? oui non

Quel est son niveau d'étude ?

Ces éléments seront revus avec le patient lors de ses entretiens de préadmission

Tous les jours : oui non, impossibilités les

CADRE RÉSERVÉ À L'HÔPITAL DE JOUR

Entretien médical de préadmission le

Début prévisionnel de prise en charge le