



INICEA
Hôpital de jour

QUESTIONNAIRE MEDICAL – DEMANDE D'ADMISSION

A compléter et à renvoyer par courrier au **Centre Aubergenvillois de Psychiatrie Ambulatoire**
(Dr Vedrine) ZAC des Chevries 5 rue des Vieilles Granges – 78410 AUBERGENVILLE

Tel : 01.86.90.49.42 / Fax : 01.86.90.49.43

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 :

.....



INICEA
Hôpital de jour

QUESTIONNAIRE MEDICAL – DEMANDE D'ADMISSION

A compléter et à renvoyer par courrier au **Centre Aubergenvillois de Psychiatrie Ambulatoire (Dr Vedrine)** ZAC des Chevries 5 rue des Vieilles Granges – 78410 AUBERGENVILLE

Tel : 01.86.90.49.42 / Fax : 01.86.90.49.43

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 :