



INICEA  
Hôpital de jour  
TOURS

# 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, à l'adresse mail : [accueil.ctpa@inicea.fr](mailto:accueil.ctpa@inicea.fr) ou par voie postale : 196 rue du Général Renault, 37000. Nous restons joignables au 02 45 34 31 10.

## Coordonnées du patient

Nom de naissance ..... Sexe Homme Femme  
Nom usuel ..... Protection juridique : non oui  
Prénom ..... Si oui, laquelle .....  
Date de naissance ..... Téléphone personnel .....  
Situation conjugale célibataire en concubinage pacsé marié veuf  
Adresse mail .....

## Coordonnées du médecin adresseur

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

## Indications / antécédents médicaux chirurgicaux et psychiatriques / allergies

Début de prise en charge souhaitée .....

## Disponibilité du patient pour venir en HDJ

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

Tous les jours : oui non, impossibilités les .....

Si le patient est en arrêt de travail, date prévisionnelle de reprise .....

**Merci de nous faire parvenir la dernière ordonnance en cours.**

### CADRE RÉSERVÉ À L'HÔPITAL DE JOUR

Entretien médical de préadmission le .....

Début prévisionnel de prise en charge le .....

