**DEMANDE D’HOSPITALISATION À TEMPS COMPLET**

Date de la demande :

Fax secrétariat médical : 04.72.36.89.25 – [hospitalisation@cnd-orsac.fr](mailto:hospitalisation@cnd-orsac.fr)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PATIENTE** |  | | |  |  |
| Nom |  | | | Prénom |  |
| Née le | Cliquez ici pour entrer une date. | | | Téléphone |  |
| Adressée par  (Médecin/Structure) |  | | | Téléphone |  |
| Déjà suivie à la Clinique Notre Dame | | Oui | Nom du Médecin CND : | |  |
| Non | Adressée au Médecin CND: | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Motif de l’hospitalisation :** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Histoire des troubles :** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Biographie/mode de vie :** | | | | **Code postal résidence de la patiente :** | |  |
|  | | | | | | |
| **Suivi psychiatrique actuel** | | Non   Oui Nom du patricien :  Oui Nom du patricien : | | | **Invalidité** Non  Oui | |
| **ALD psychiatrique** | | Non Oui Joindre le protocole de soins  Oui | | | **CMU** Non  Oui | |
| **Addictions** | Oui (lesquelles) : | |  | | | |
|  | Non | |  | | | |
| **Antécédents psychiatriques :** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Antécédents somatiques :** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Adaptation à la vie en collectivité (agitation, trouble du comportement alimentaire…) :** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Traitement actuel:** | | | | | | |
|  | | | | | | |

**Cadre réservé à notre administration**

**Motif en cas de refus d’hospitalisation :**

**Date admission le :** **Service :**

**Date consultation proposée :** **Date effective :**

**Observations éventuelles :**