**DEMANDE D’HOSPITALISATION EN HÔPITAL DE JOUR**

Date de la demande : Cliquez ici pour entrer une date.

 Fax secrétariat médical : 04.72.36.89.25 – admissionhdj@cnd-orsac.fr

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

|  |
| --- |
| **Objectifs de la demande :** |
| [ ]  Du médecin  |       |
| [ ]  De la patiente |       |
| **Histoire de la maladie :** |
|       |
| **Situation familiale :** **[ ]  Célibataire** **[ ]  Mariée/Pacsée** **[ ]  Divorcée/Séparée** **[ ]  Veuve** |
| **Nombre d’enfants et âge :**  |
| **Jours d’indisponibilité impératifs :**  |
| **Suivi psychiatrique actuel** | [ ]  Oui : |       | **ALD psychiatrique** | [ ]  Oui  |
|  | [ ]  Non |  |  | [ ]  Non |
| **Addictions** | [ ]  Oui (lesquelles) : |       |
|  | [ ]  Non |  |
| **Antécédents psychiatriques :** |
|       |
| **Antécédents somatiques :** |
|       |
| **Adaptation à la vie en collectivité (agitation, trouble du comportement alimentaire…) :** |
|       |
| **Problème somatique actuel et traitement :** |
|       |

**Cadre réservé à notre administration**

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

**Date admission le :** **Service :**

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

**Observations éventuelles :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...