**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](mailto: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 :**

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