

DEMANDE D'HOSPITALISATION

En hospitalisation complète hôpital de jour

Date de la demande :

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

Nom : Prénom :
Née le : Tél. :
Adressée par : Établissement :
Tél. : Courriel :
Déjà suivie à la Clinique Notre Dame : non / oui Dr (Adressée au Dr :)

Motif de l'hospitalisation :

.....

Histoire des troubles :

.....

.....

.....

.....

Biographie/mode de vie :

.....

.....

- Suivi psychiatrique actuel : oui non - ALD psychiatrique : oui non

Addictions : oui / non (si oui, lesquelles ?).....

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 :

.....

.....