MAISON DE SANTÉ
NOGENT-SUR-MARNE
Pôle privé de santé mentale créé en 1927

V 01/2023

FORMULAIRE DE PRE-ADMISSION MEDICALE HC

(à compléter par le médecin)

MAISON DE SANTE: IPP :_____Date : _____

IDENTIFICATION DU PATIENT

DATE de naissance : _____

NOM : _____

NOM de naissance : _____

Prénom : _____

N° de Téléphone : _____

Adresse : _____

_____

Nom du proche aidant : _____

N° de Téléphone proche aidant : _____

IDENTIFICATION DU MEDECIN ADRESSEUR ❑ Médecin traitant ❑ Psychiatre traitant ❑ Autre

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postale : _____

Ville : _____

N° de Téléphone : _____

Mail : _____

Nom et coordonnées médecin traitant *(si différent du médecin adresseur)* : _____

_____

Nom et coordonnées psychiatre traitant *(si différent du médecin adresseur)* : _____

_____

ELEMENTS PSYCHIATRIQUES

Hospitalisation à la demande de *(plusieurs réponses possible)* :

❑ PATIENT ❑ PROPOSITION MEDICALE ❑ ENTOURAGE DU PATIENT

Le patient a déjà été hospitalisé à la Maison de Santé de Nogent sur Marne ? ❑ Oui ❑ Non

Le patient a déjà été hospitalisé dans une autre structure ? ❑ Oui ❑ Non

Lieu :_____Date : _____

Objectifs de l'hospitalisation :
Motif demande d'hospitalisation : **Addictions :** ❑ Non ❑ Oui Si oui : ❑ Tabac ❑ Alcool ❑ THC ❑ Médicament ❑ Autre toxique Précisions : **Antécédents psychiatriques :** **Tentative de suicide** : ❑ Non ❑ Oui Date :

ELEMENTS SOMATIQUES

Antécédents médicaux	Antécédents chirurgicaux

Problème cardiaque ? ❑ Oui ❑ Non

Si oui, date dernière consultation et nom du cardiologue : _____

Existe-t-il une altération cognitive sévère ?	❑ Oui	❑ Non
Le patient nécessite-t-il de l'O^2 ?	❑ Oui	❑ Non
Le patient est-il appareillé pour l'apnée du sommeil ?	❑ Oui	❑ Non
Le patient présente-t-il un état de dénutrition ?	❑ Oui	❑ Non
Le patient est-il atteint d'une maladie chronique ?	❑ Oui	❑ Non

Régime alimentaire : ❑ Non ❑ Oui Si oui :

Risque de :

Chute	Trouble de la déglutition	Crise convulsive	Infection
❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non

Autonomie :

Marche seul	❑ Oui	❑ Non	Mange seul	❑ Oui	❑ Non
Toilette seul	❑ Oui	❑ Non	Elimination seul	❑ Oui	❑ Non

Activité physique : _____

Traitement actuel *(joindre une copie de la dernière ordonnance)* : _____

_____

_____

❑ Conciliation médicamenteuse – MAISON DE SANTE

SITUATION SOCIALE

Situation familiale : ❑ Marié ❑ Concubinage ❑ Célibataire ❑ Divorcé ❑ Veuf

Situation professionnelle : ❑ En activité ❑ Chômage ❑ Retraité ❑ Invalidité
❑ Congés maladie

Profession : _____ Le patient a-t-il un logement ? ❑ Oui ❑ Non

Tutelle/Curatelle : ❑ Non ❑ Oui Nom du contact : _____

Le patient dispose-t-il d'une mutuelle : ❑ Oui ❑ Non - Si oui, nom de la mutuelle : _____

Date et signature du médecin demandeur	Validation par psychiatre – MAISON DE SANTE DE NOGENT SUR MARNE