	DEMANDE DE PRE ADMISSION HOSPITALISATION COMPLETE	DO.PEC.PARC
	Document	Créé le : 10/2021 Version n° 5 Mis à jour le : 02/2025

A remplir par le médecin / établissement adresseur ou le patient / la famille

Date de la demande :

Validation hospitalisation – Date et heure :

Coordonnées du patient adressé par vos soins

Sexe :	F	M
Nom :		Nom de naissance :
Prénom :		
Date de naissance :		Lieu de naissance :
Adresse :		
Code Postal :		Ville :
Téléphone :		E-mail :

Coordonnées du / des médecins

Etes-vous ? Médecin psychiatre : Médecin généraliste : Nom : Prénom : Adresse : Code postal : Ville : Téléphone : E-mail sécurisée :	<u><i>Si vous n'êtes pas le médecin traitant, coordonnées du médecin traitant :</i></u> Nom : Prénom : Adresse : Code postal : Ville : Téléphone : E-mail sécurisé :
---	---

Couverture sociale


Nom de l'assuré :	Nom de caisse :
Numéro de sécurité sociale :	Bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire
<u>Assurance complémentaire :</u>	
Nom de la mutuelle :	N° Adhérent :
Date de validité :	
Chambre particulière :	OUI NON

Personne à prévenir en cas de nécessité

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	E-mail :

Protection juridique

Capable majeur	Curatelle	Tutelle	Renforcé :	Oui	Non
Nom / Prénom :					
Téléphone :					
E-mail :					

	DEMANDE DE PRE ADMISSION HOSPITALISATION COMPLETE	DO.PEC.PARC
	Document	Créé le : 10/2021 Version n° 5 Mis à jour le : 02/2025

A remplir uniquement par le médecin / établissement adresseur

Nom :	Prénom :
-------	----------

Motif thérapeutique

Troubles dépressifs	Troubles de l'humeur	Troubles anxieux
Schizophrénie, autres troubles psychotiques	Troubles de la personnalité	Troubles du sommeil
Epuisement professionnel (burn-out)	Troubles liés à une substance, préciser :	
Autres :		

Troubles du comportement (agressivité...) : Oui Non Lesquels :

Idées suicidaires : Oui Non Lesquels :

Consommation de toxiques : Oui Non Lesquels :

Déambulation : Oui Non Lesquels :

Hallucinations acoustico-verbales (HAV) : Oui Non Lesquels :

Antécédents somatiques :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie :

Etat clinique psychique actuel :

Etat clinique somatique actuel :

Traitement en cours (somatique & psychique) (merci de joindre la dernière prescription par mail)

	Hygiène	Habillage	Continence	Aller aux toilettes	Locomotion	Repas
Autonome						
Aide partielle						
Dépendant						

Soins infirmiers : Pansements Perfusion Stomie

Commentaire :

Allergies : Oui Non Lesquels :

Appareillage : Oui Non Lesquels :

Projet Social : RAD Séjour de rupture Hébergement médico-social Sans domicile

Cachet du médecin :

ENVOYER VOTRE DEMANDE

Coordonnées du secrétariat régulation :

Tél : 04 99 61 92 60

E-mail : regulation.rec@ramsaysante.fr

E-mail sécurisé : rech-accueil@ramsaygds.mssante.fr