

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 :

Si vous n'êtes pas le médecin traitant, coordonnées du médecin traitant :

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

Assurance complémentaire :

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 :

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 :

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

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