

	QUESTIONNAIRE DE PREADMISSION HOSPITALISATION COMPLETE	DO.PEC.PARC
	Document	Créé le : 19/10/2021 Version n° 3 Mis à jour le : 25/10/2022

N° Chambre : Date d'entrée : Heure d'entrée :

Psychiatre traitant la demande : **Date :**/...../.....

Nom/Prénom du patient :

Nom de Naissance (si différent) :

Adresse complète :

.....

Numéro de téléphone :

Date de Naissance / Lieu de Naissance :/.....

Connu : OUI Date et service dernière hospitalisation : NON

Numéro de Sécurité Sociale :

Nom de la caisse :

Complément Santé Solidaire : OUI NON

Nom Mutuelle (N° adhérent et validité) :

.....

Chambre particulière : OUI NON

Médecin traitant (N/P + Tél) :

Si Médecin traitant différent du CDR :

Personne à prévenir N/P + Tél + Lien de parenté :

.....

Hospitalisation : Urgente Non Urgente

Etablissement / médecin adresseur :

Protection juridique : MAJEUR CAPABLE TUTELLE CURATELLE

Contact Curateur/tuteur :

.....

ACCEPTATION DE L'HOSPIT. PAR LE PATIENT : OUI NON

	QUESTIONNAIRE DE PREADMISSION HOSPITALISATION COMPLETE	DO.PEC.PARC
	Document	Créé le : 19/10/2021 Version n° 3 Mis à jour le : 25/10/2022

MOTIF D'ADMISSION PSY :

.....

.....

ETAT CLINIQUE ACTUEL (psy et somatique) :

.....

.....

.....

.....

Troubles du comportement / hallucinations/ déambulation / cris : OUI NON précisez :

.....

Addictions : OUI NON précisez : (Alcool / Tabac / THC / Stupéfiants)

.....

ATCD PSY :

ATCD SOMATIQUES :

-	-
-	-
-	-

Allergies :

TRAITEMENT ACTUEL COMPLET (à joindre si possible) :

TTT PSY

TTT SOMATIQUE

-	-
-	-
-	-
-	-

Nom de la Pharmacie habituelle :

DOCUMENTS A JOINDRE : compte rendu médical et de suivi, dernières biologies, traitement en cours, examens programmés FAX : 04 99 61 94 00 TEL : 04 99 61 92 60 OU 06 13 59 97 03 Mail : regulation.rec@ramsaysante.fr

	QUESTIONNAIRE DE PREADMISSION HOSPITALISATION COMPLETE	DO.PEC.PARC
	Document	<i>Créé le : 19/10/2021 Version n° 3 Mis à jour le : 25/10/2022</i>

PASS SANITAIRE COVID

Vaccination : OUI NON

LES SOINS :

Soins techniques (SAD, O2, stomies, pansements, appareillage...) :

OUI NON précisez :

Autonomie :

- Autonome
- Dépendance partielle
- Dépendance totale
- Alité

- Si PMR (précisez : fauteuil roulant/canne/déambulateur/.....)

LE PROJET SOCIAL :

- RAD
- Placement
- Autres précisez :

CE QUI A ETE FAIT :

- Fiche de consentement éclairé signée
- Fiche de conduite à tenir sous psychotropes signée
- Présentation de l'Etablissement et du service
- Présentation du PITA
- Remise horaires du service (fiche horaires restauration et distribution des TTT)

TEXTE LIBRE :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

	QUESTIONNAIRE DE PREADMISSION HOSPITALISATION COMPLETE	DO.PEC.PARC
	Document	<i>Créé le : 19/10/2021 Version n° 3 Mis à jour le : 25/10/2022</i>

CHECK LIST :

- Demander au patient d’anticiper son entrée **et la gestion de son véhicule (ne pas laisser son véhicule stationné sur le parking de la Clinique)**
- Demander au patient de venir avec sa carte d’identité, carte mutuelle, carte vitale (ou si possibilité d’envoyer par mail/fax/....)
- Demander de préparer son bagage complet (rechange, trousse de toilette)
- Demander les TTT de 48H maximum
- Préciser au patient d’éviter de venir avec des objets de valeur

DECISION FINALE :

- Hospitalisation Refus d’hospitalisation
- Motif :.....

SERVICE CONCERNE : SM1 SH1 SM2 SH2 USD

Autres éléments, si besoin :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....