

CONDITIONS D'ADMISSION : La clinique le RYONVAL accueille des patients présentant des troubles dépressifs, des troubles anxieux associés ou non à des troubles addictifs.

DOSSIER MEDICAL EN VUE DE L'ADMISSION EN HOSPITALISATION COMPLETE

(A remplir de façon détaillée par le médecin traitant. **Veuillez joindre le dernier bilan sanguin de votre patient(e) à cette demande d'admission**)

1) Identification du médecin demandeur :

Nom :

Adresse complète :

Coordonnées téléphoniques :

Fax :

Email :

2) Renseignements généraux et administratifs :

Nom du patient (y compris nom de jeune fille) :

Prénom :

Age et date de naissance :

Situation matrimoniale et familiale :

Adresse complète actuelle :

Coordonnées téléphoniques :

CPAM de rattachement et n° de Sécurité Sociale :

Coordonnées de mutuelle (joindre photocopie de sa carte) :

Mesure de Protection éventuelle :

3) Antécédents Médicaux, Chirurgicaux :

a- **ATCD** :

.....
.....

b- **IMC** du patient = $(\text{poids} / [\text{taille}]^2)$

L'IMC est-il supérieur ou égal à 35 kg/ m2 (obésité sévère) ?

Oui Non

c- Le patient est-il ou a-t-il été porteur d'une **bactérie multirésistante** ?

Oui Si oui, précisez :

Non

ATTENTION : Afin de garantir la sécurité de votre patient, la clinique ne disposant pas de service de restauration sur place, il est **IMPERATIF** que vous nous précisez si celui-ci est sujet à :

- des allergies alimentaires
- un régime alimentaire spécifique

d- **Allergie(s) alimentaire(s)** du patient :

e- **Intolérances** du patient :

f- **Régime alimentaire spécifique** du patient :

4) Antécédents psychiatriques : => Précisez s'il y a eu des hospitalisations antérieures et le cas échéant, le lieu / => Précisez si le sujet est suivi en ambulatoire, en précisant le nom et l'adresse du ou des thérapeutes.

5) Addictions associées. Si oui, lesquelles ?

Anciennes :

.....

Actuelles :

.....

Le patient vous paraît-il apte à l'abstinence totale en milieu ouvert ?

6) Risque Suicidaire : (Idées suicidaires actuelles, geste suicidaire récent, Instabilité ou impulsivité ?

7) Motifs actuels de la demande et objectifs attendus de l'hospitalisation :

8) Autonomie du patient :

a - Le sujet a besoin d'aide pour :

Marcher

- Oui
 Non

S'alimenter

- Oui
 Non

Faire sa toilette

- Oui
 Non

Se repérer dans le temps et l'espace

- Oui
 Non

b - Le sujet a-t-il besoin d'une surveillance médicale accrue :

- Oui
 Non

c - Le sujet est-il continent sur le plan sphinctérien :

- Oui
 Non

9) La couverture vaccinale est-elle à jour ?

10) Examens complémentaires en cours ou prévus ? (merci de préciser lesquels et à quelle date).

11) Quelles sont les conditions actuelles d'hébergement du (ou de la) patient(e) ?

12) Le (ou la) patient(e) retrouve-t-il à sa sortie les conditions d'hébergement identiques ?

13) Situation professionnelle ?

14) Délai d'admission souhaitable

15) Traitements psychotropes en cours ⇒ Précisez les posologies actuelles des traitements

Nom	Dosage	Posologie actuelle

16) Traitement intercurrent :

Nom	Dosage	Posologie actuelle

Allergie(s) médicamenteuse(s) du patient :

A son entrée, le patient doit se munir de son traitement NON DEBLISTERE pour 72 heures, de sa (ses) dernière(s) ordonnance(s) de moins d'1 mois et de la copie de son dernier bilan sanguin.

BILAN SANGUIN STANDARDISE

- NFS- VS plaquettes
- Glycémie
- Hb glyquée (si diabète)
- Transaminases
- Gamma GT
- CRP
- SGOT SGPT
- TSH
- Urée Créatinine Clairance de la Créatine
- Iono.
- Bilan lipidique

Date de la demande :

Signature et cachet du praticien

Tél : 03 21 50 71 71

Fax : 03 21 50 71 86

CLINIQUE LE RYONVAL – Groupe UGECAM Nord Pas-de-Calais Picardie

182 route de Lens 62223 SAINTE CATHERINE

TRAC.REF16A/REV09

21/01/2019