GROUPE HAUTS-DE-FRANCE UGECAM
Soigner, rééduquer, réinsérer : la santé sans préjugés
CLINIQUE LE RYONVAL

DOSSIER MEDICAL EN VUE DE L'ADMISSION EN HOSPITALISATION COMPLETE

(A remplir de façon détaillée par le médecin traitant et ou psychiatre)

Veuillez joindre le dernier bilan sanguin de votre patient(e) à cette demande d'admission)

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 ADMINISTRATIF

IDENTITE DU PATIENT ❑ Madame ❑ Monsieur

Nom :..... Nom de naissance :..... Prénom :.....
Date et lieu de naissance : ..... Nationalité :.....
Numéro de sécurité sociale :.....
Adresse : .....
Téléphone : .....
Situation professionnelle : .....

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

❑ oui ❑ Non ❑ En cours
Si oui, laquelle : ❑ Tutelle ❑ Curatelle ❑ Sauvegarde de justice ❑ Mandat de protection future
❑ ALD ❑ Mutuelle :.....

SITUATION FAMILIALE

❑ Célibataire ❑ Concubinage ❑Veuf (ve) ❑Divorcé (e)/séparé (e) ❑ Nombre d'enfants :.....

Lieu de vie : ❑ vit avec un conjoint ❑ vit seul(e) ❑ en milieu familial ❑ en structure collective
❑ Sans domicile

MEDECIN TRAITANT

Médecin traitant : ..... Commune : .....
Médecin Psychiatre : ..... Commune : .....

MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION

MOTIF DE LA DEMANDE ET OBJECTIFS ATTENDUS

.....
.....
.....

SYMPTOMATOLOGIE ACTUELLE

.....
.....
.....
.....
.....
.....

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	Oui	Non
Idées suicidaires actuelles	❑	❑
Gestes suicidaires récents Si oui précisez la date :	❑	❑
Idées délirantes	❑	❑
Hallucinations	❑	❑
Agitation, agressivité (cris)	❑	❑
Dépression	❑	❑
Anxiété	❑	❑
Apathie	❑	❑
Désinhibition	❑	❑
Comportements moteurs aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risques de sorties non accompagnées	❑	❑
Trouble du sommeil	❑	❑

GROUPE HAUTS-DE-FRANCE UGECAM
Soigner, rééduquer, réinsérer : la santé sans préjugés
CLINIQUE LE RYONVAL

DOSSIER MEDICAL EN VUE DE L'ADMISSION EN HOSPITALISATION COMPLETE

(A remplir de façon détaillée par le médecin traitant et ou psychiatre)

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

➢	➢ .....
➢	➢ .....
➢	➢ .....
➢	➢ .....

Aggravation récente : ❑ Oui ❑ Non ❑ Evolutivité

ANTECEDENTS MEDICAUX

Etat clinique du patient : Poids :.....Kg Taille :.....cm
Maladie Neurodégénérative : ❑ Oui ❑ Non Si oui, précisez : .....
Bilan infectieux : Existence d'une BMR : ❑ Oui ❑ Non
Si oui, précisez + **joindre les résultats biologiques** : ❑ Urinaire ❑ Respiratoire ❑ Autre :.....
Mesure d'isolement : ❑ Oui ❑ Non
La couverture vaccinale du patient est-elle à jour ? ❑ Oui ❑ Non
Antécédents médicaux :

➢	➢ .....
➢	➢ .....
➢	➢ .....
➢	➢ .....

ANTECEDENTS CHIRUGICAUX

➢	➢ .....
➢	➢ .....
➢	➢ .....
➢	➢ .....

Conduites addictives actuelles			Si oui, précisez	Conduites addictives anciennes			Si oui, précisez
Tabac	❑ Oui	❑ Non	.....	**Tabac**	❑ Oui	❑ Non	.....
Alcool	❑ Oui	❑ Non	.....	**Alcool**	❑ Oui	❑ Non	.....
Toxiques	❑ Oui	❑ Non	.....	**Toxiques**	❑ Oui	❑ Non	.....
Autres	❑ Oui	❑ Non	.....	**Autres**	❑ Oui	❑ Non	.....

Le patient vous paraît-il apte à l'abstinence totale en milieu ouvert ?	❑ Oui	❑ Non
Le patient a-t-il besoin d'une surveillance médicale accrue ?	❑ Oui	❑ Non

TRAITEMENTS ET ALLERGIES DU PATIENT

Merci de joindre <u>impérativement</u> la dernière ordonnance

Allergie (s) médicamenteuse (s) ❑ Oui ❑ Non Si oui, précisez : .....
Allergie (s) alimentaire (s) du patient ❑ Oui ❑ Non Si oui, précisez : .....
Régime alimentaire spécifique du patient ❑ Oui ❑ Non Si oui, précisez : .....

AUTONOMIE

Toilette	❑ Aide complète	❑ Aide partielle	❑ Installation	❑ Fait seul
Alimentation	❑ Aide complète	❑ Aide partielle	❑ Installation	❑ Fait seul
Déplacement transfert	❑ Aide complète	❑ Aide partielle	❑ Installation	❑ Fait seul
Continence	❑ Aide complète	❑ Aide partielle	❑ Installation	❑ Fait seul
Habillage	❑ Ne fait pas	❑ Avec aide		❑ Fait seul
Orientation	❑ Ne fait pas	❑ Avec aide		❑ Fait seul
Communiquer pour alerter	❑ Ne fait pas	❑ Avec aide		❑ Fait seul
Cohérence	❑ Ne fait pas	❑ Avec aide		❑ Fait seul

Délai d'admission souhaitable :.....	Retour à domicile : ❑ oui ❑ Non

DOSSIER MEDICAL EN VUE DE L'ADMISSION EN HOSPITALISATION COMPLETE

(A remplir de façon détaillée par le médecin traitant et ou psychiatre)

Veuillez joindre le dernier bilan sanguin de votre patient(e) à cette demande d'admission)

La (les) dernière(s) ordonnance(s) de moins d'1 mois et le dernier bilan sanguin complet et récent datant de moins de trois mois doivent être joints impérativement à la demande

BILAN SANGUIN STANDARD

- ☒ NFS- VS plaquettes
- ☒ Glycémie
- ☒ Hb glyquée (si diabète)
- ☒ Transaminases
- ☒ Gamma GT
- ☒ Bilan lipidique
- ☒ CRP
- ☒ CDT (si consommation d'alcool)
- ☒ TSH
- ☒ Urée Créatinine Clairance de la Créatine
- ☒ Iono.

ORDONNANCE

☐ Jointe au dossier

Ou

☐ Détail des traitements :

-
-
-
-
-
-

MEDECIN ADRESSEUR
Nom :……..
Prénom :……..Téléphone :……..
Date :……/…../…… ❑ Adresse :.....
Mail :……Fax :……..
Signature et cachet du médecin :