

En vue de l'admission de votre patient au secteur de santé mentale de la Clinique des Cèdres, merci de nous retourner ce document (par fax : 05 62 13 30 11 ou mail : ced-accueil-psy@capiro.fr).

Demande d'admission

Etablissement demandeur : Médecin :
Service d'origine : Téléphone :
Médecin psychiatre receveur : Mail :@.....
Date d'entrée souhaitée dans notre établissement :/...../.....

Patient(e)

Nom : Prénom : Sexe : M F
Date de naissance :/...../..... Téléphone :
Adresse : Mail :@.....

Mesure de protection

Curateur Tuteur
Téléphone :
Mail :@.....

► **Motif de la demande d'hospitalisation en santé mentale :**

► **Etat psychique actuel :**

► **Antécédents médicaux et chirurgicaux :**

► **Personnes ressources (famille, aide à domicile...) :**

► **Médecin traitant**

Téléphone : Mail :@.....

► **Assistante sociale :**

- Non
- Oui, pourquoi :

- **Comorbidités**
- Addiction**
 - Alcool
 - Produits illicites
 - Autre
 - Sevrage effectué

- Trouble métabolique**
 - IMC > 25
 - Prise de poids rapide
 - Syndrome métabolique

Facteurs de risques : fugue, notion d'impulsivité : auto ou hétéro agressivité

► **Traitement en cours (à détailler) :**

► **Autonomie**

- ❖ Alimentation
- ❖ Toilette / Habillage
- ❖ Locomotion / Mobilité

Autonome

-
-
-

Aide partielle

-
-
-

Aide totale

-
-
-

Réponse

Admissibilité : Oui Non, motif :

Date d'admission :/...../.....