

DEMANDE D'ADMISSION EN ☐ MM ☐ CR HOSPITALISATION DE JOUR ☐ TF

Toute demande d'admission incomplète ne pourra pas être prise en compte et ne sera pas traitée.

Vous souhaitez adresser un de vos patients pour une admission à l'Hôpital de jour du CAPA. Afin de donner la suite la mieux adaptée à votre demande, nous vous remercions de remplir cette fiche en tant que médecin traitant et de la retourner par mail à secmed@capa-annecy.fr ou la confier à votre patient.

Les contre-indications sont les suivantes : les situations de crise, le risque suicidaire, les patients non compliant, délirants ou dissociés, ou qui ne sont pas en mesure de supporter une psychothérapie de groupe.

Nom du Médecin adresseur :

Spécialité :

✉ :

Date de la demande :

☎ :

@ :@

COORDONNEES ET INFORMATIONS PATIENT

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom usuel :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

☎ Domicile :

☎ Portable :

@ :@

Situation familiale :

Catégorie socio-professionnelle ☐ Cadre

☐ Technicien

☐ Soignant

Profession : ☐ En activité ou chômage

☐ En arrêt de travail

☐ Maladie professionnelle

Date de l'arrêt de travail initial :/...../.....

☐ Accident du travail, date :/...../.....

Date de l'arrêt de travail en cours :/...../.....

SOINS EN COURS

Médecin généraliste :

Psychologue :

Médecin psychiatre :

Autre professionnel :

OBJET DE LA DEMANDE

Situation urgente : ☐ Oui ☐ Non

☐ Si oui motif :

INFORMATIONS MEDICALES¹

Motif de la demande : (principaux problèmes nécessitant une prise en charge spécialisée dans la souffrance au travail en HDJ, élément déclenchant), **hypothèses diagnostiques** et **synthèse de la situation clinique du patient** :

¹ Ces données confidentielles nous permettront d'orienter au mieux le patient.

Antécédents psychiatriques personnels et/ ou familiaux :

Antécédents somatiques personnels et familiaux :

Présence d'idées suicidaires, gestes suicidaires récents :

Situation professionnelle problématique :

Éléments biographiques importants :

Historique de prise en charge en psychiatrie :

Traitements actuels :

Molécule	Posologie	Date d'introduction

En cas de traitement médicamenteux indiqué mais refusé par la personne, merci de l'inscrire, ainsi que le motif :

Ressources du patient et motivation :

Autres éléments qui vous sembleraient nécessaires à nous préciser :

Directives anticipées :

DEMANDE D'ADMISSION EN ☐ MM ☐ CR HOSPITALISATION DE JOUR ☐ TF

Le sujet des directives anticipées a déjà été abordé avec le patient : ☐ Oui ☐ Non

Le patient a déjà rédigé des directives anticipées : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

CADRE RESERVE A CAPA - DECISIONS

☐ Situation urgente

1 - A réception de la demande écrite

☐ Pré admission

RDV le :

Avec le DR :

☐ Refus

Motif(s) :

2- Suite de la consultation pré admission

☐ Admission

RDV le :

Avec le DR :

☐ Suivi en consultation externe

RDV le :

Avec le DR :

☐ Réorientation

Motif(s) :