

Vous souhaitez adresser un de vos patients pour une admission à la clinique de la Chênaie.

Afin de pouvoir examiner votre demande, nous vous remercions de remplir cette fiche en tant que médecin traitant et de la retourner par courriel à secmed@clinique-chenaie.fr (ou la confier à votre patient).

Nom du Médecin ADRESSEUR :	Spécialité :
✉ :	
☎ :	
.....@.....	

COORDONNEES ET INFORMATIONS PATIENT

Nom usuel :	Nom de naissance :	Prénom :
Date de naissance :		
Adresse :		
☎ Domicile :	☎ Portable :	
Email:.....@.....		
Suivis en cours :		
Médecin généraliste :	Psychologue :	
Médecin psychiatre :	Autres professionnels :	

- Hospitalisation complète (9 semaines)
 Hospitalisation de Jour

**VOUS POUVEZ JOINDRE LA CLINIQUE TOUS LES JOURS DE LA SEMAINE
DE 09H00 à 20H00 AU 03.92.25.10.20**

INFORMATIONS MEDICALES (1)

⁽¹⁾ Ces données confidentielles nous permettront d'orienter au mieux le patient.
B18-PEC-ENR-002-a – 15/05/2023 – Public

Motif de la demande : (principaux problèmes nécessitant une prise en charge spécialisée, éléments déclenchant),
hypothèses diagnostiques et **synthèse de la situation clinique du patient** :

-

Antécédents psychiatriques personnels et/ ou familiaux (et suivis éventuels) :

-

Etat psychologique et comportemental actuel

Existe-t-il des antécédents de tentatives de suicide ? Oui Non

Existe-t-il des idées suicidaires ? Oui Non

Existe-t-il des troubles du comportement ? Oui Non

Commentaires :

Etat cognitif

Existe-t-il des troubles cognitifs ? Oui Non

Si oui : Bilan neuropsychologiques (+ dates)

MOCA BEARNI AUTRE :

En cas de troubles cognitifs, le patient a-t-il conscience de ses troubles ?

Oui Non

En cas de troubles cognitifs, le patient adhère-t-il au projet de soins ? Oui Non

Commentaires :

Antécédents somatiques personnels et familiaux :

Taille : Poids : Etat général :

-

Handicap :

Physique : Oui Non si oui, lequel ?

Sensoriel : Oui Non si oui, lequel ?

Mental : Oui Non si oui, lequel ?

Psychique : Oui Non si oui, lequel ?

Éléments biographiques importants :

-

Histoire des conduites addictives : (avec produits : alcool, tabac, cannabis, héroïne, cocaïne, amphétamines, médicaments et/ou sans produits : TCA, jeux pathologiques, ...)

-

Condition de début, durées, modes de consommation

-

Prises en charge antérieures avec dates et lieux :

-

Traitements actuels : (ou ordonnance imprimée)

Molécule	Posologie	Date d'introduction

Ressources du patient et motivation :

-

Autres éléments qui vous sembleraient nécessaires à nous préciser :

-

Date

Signature et tampon (avec numéro de téléphone)

CADRE RESERVE A LA CLINIQUE DE LA CHENAIE - DECISIONS

Situation prioritaire

1 - A réception de la demande écrite

Pré admission

RDV le :

Avec le DR :

Admission

Prévue le :

Service : TCA – Addictologie

Sevrage à organiser : Oui - Non

Mode : HC - HDJ

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) :