

DEMANDE D'ADMISSION



Vous souhaitez adresser un de vos patients **pour une admission à l'Hôpital de jour de PsyPro AMIENS**. Nous vous remercions de remplir cette fiche en tant que médecin traitant et de la retourner par messagerie sécurisée via le QR code ou via ce lien : <https://bluefiles.com/sannumeriquehdf/secretariat-medical-psypro-amiens>. Vous pouvez également le confier à votre patient pour une remise en main propre où un envoi par voie postale.

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.

COORDONNEES DU/DES MEDECIN(S) – à remplir par le patient

Etes-vous ?

Médecin psychiatre ☐ Médecin généraliste ☐

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

✉ :

☎ :

Si vous n'êtes pas le médecin traitant,

coordonnées du médecin traitant :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code postale : Ville :

✉ :

☎ :

COORDONNEES ET INFORMATIONS DU PATIENT – à remplir par le patient

Sexe à l'état civil : ☐ F ☐ H

NOM :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Lieu de naissance :

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

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ Téléphone : Statut familial et entourage :

Mail :@.....

Profession : ☐ En activité☐ En arrêt de travail depuis le☐ Maladie professionnelle (si oui, fournir le justificatif)☐ Accident du travail, date :

Suivi médical : Psychologue :

Médecin psychiatre :

COUVERTURE SOCIALE – à remplir par le patient

Nom de l'assuré : N° de sécurité sociale :

☐ CPAM ☐ MSA ☐ SMEREP ☐ Autres, Précisez :☐ ALD (Si ALD, nous fournir le volet 3 du protocole) ☐ CSS

Nom de la mutuelle : N° Adhérent :

Téléphone :

DEMANDE D'ADMISSION

PERSONNE DE CONFIANCE - à remplir par le patient

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Téléphone :

Mail : Lien avec le patient :

Directives anticipées :

Votre personne de confiance est-elle au fait de vos directives anticipées ?

☐ OUI ☐ NON ☐ NON, je n'ai pas rédigé mes directives anticipéesSi non, souhaitez-vous les rédiger ? ☐ OUI ☐ NON

PROTECTION JURIDIQUE - à remplir par le patient

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autres, précisez :

Nom, coordonnées :

ELEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

À remplir par le médecin

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 :Connaissance du diagnostic : ☐ OUI ☐ NON

Principal :

Secondaire(s) :

ELEMENTS MEDICAUX :

Situation professionnelle problématique :

Antécédents psychiatriques personnels et/ ou familiaux (dont addictions):

DEMANDE D'ADMISSION

Antécédents somatiques personnels et familiaux :

Présence d'idées suicidaires, gestes suicidaires récents

Éléments biographiques importants :

Historique de prise en charge en psychiatrie :

Traitements actuels :

Molécule	Posologie	Date d'introduction

Ressources du patient et motivation :

Autres éléments qui vous sembleraient nécessaires à nous préciser :

DEMANDE D'ADMISSION

CADRE RESERVE A PSYPRO - DECISIONS

☐ Situation urgente

1 - A réception de la demande écrite

☐ Pré admission

RDV le :

Avec le DR :

☐ Admission directe

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) :