

HAD
PSY 16
HOSPITALISATION
À DOMICILE

**DOSSIER
DEMANDE
D'ADMISSION**

Centre Hospitalier Camille Claudel
Bâtiment D3
17, rue Camille Claudel - CS 90025
16400 LA COURONNE
Tél : 05 45 23 36 82
Mail contact : hadpsy16@ch-claudel.fr

MERCI DE TRANSMETTRE LE DOSSIER DÛMENT COMPLÉTÉ
via votre [messagerie sécurisée](mailto:dossier.admissionhad@ch-claudel.mssante.fr) à : dossier.admissionhad@ch-claudel.mssante.fr
OU via votre messagerie professionnelle habituelle à : hadpsy16@ch-claudel.fr
OU par voie postale à : HADPSY16 - Centre hospitalier Camille Claudel
CS 90025 - 17, rue Camille Claudel - 16400 LA COURONNE

MÉDECIN ADRESSEUR

Nom : N° Tél :

Fonction : Email :

Adresse : Date :

..... Cachet et signature du médecin :

.....

.....

Lieu de consultation :

.....

.....

.....

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

Cher Collègue, Cher Confrère, Chère Consœur,

Merci de compléter le document ci-dessous afin d'organiser au mieux l'hospitalisation de votre patient. Dès réception complète du dossier, il sera examiné par le comité de coordination qui vous informera de sa décision dans les meilleurs délais.

Cordialement.

DONNÉES ADMINISTRATIVES DU PATIENT

PATIENT

NOM D'USAGE : NOM DE NAISSANCE :

PRÉNOM(S) :

DATE DE NAISSANCE/...../..... LIEU DE NAISSANCE

ADRESSE.....

.....

C.P..... VILLE

TÉLÉPHONE EMAIL

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE *(joindre photocopie carte Vitale ou attestation de prise en charge)*

.....

MUTUELLE *(joindre attestation)*

.....

A.L.D ☐oui ☐non

A.L.D en lien avec la demande d'hospitalisation en HAD ☐oui ☐non

Si oui Numéro A.L.D :

MÉDECIN TRAITANT : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE EMAIL

Autorisation du patient à communiquer directement avec le médecin traitant : ☐oui ☐non

LOGEMENT

☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Colocation

☐ Hébergé(e) chez :

☐ Institution :

☐ Foyer :

☐ Hôtel

SITUATION FAMILIALE

- ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Célibataire ☐ Concubinage
- ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve)
- ☐ Enfant(s) (*prénoms et âge*) : ☐ à charge ☐ pas à charge

.....

.....

- ☐ Seul avec un aidant Aidant au domicile : ☐ oui ☐ non

Coordonnées de l'aidant (*nom, adresse, numéro de téléphone*) :

.....

.....

.....

SITUATION PROFESSIONNELLE

- ☐ En activité. Profession :
- ☐ Retraité(e) ☐ Sans activité
- ☐ En arrêt de travail depuis le ☐ En invalidité depuis le

RESSOURCES ET AIDES

- ☐ Salaire ☐ Retraite ☐ Assedic ☐ RSA ☐ AAH ☐ Indemnités journalières
- ☐ Autre :
- ☐ Portage des repas ☐ APA
- ☐ Matériel médical au domicile. Lequel ?

MESURE DE PROTECTION

- ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Curatelle renforcée

Nom, prénom et coordonnées du mandataire :

.....

.....

.....

.....

HABITUDES DE VIE — ACTIVITÉS (occupation, sport, impératifs familiaux, d'horaires...)

Éléments importants à apporter à notre connaissance afin d'adopter au mieux la prise en soins :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

HISTOIRE DE LA MALADIE

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES

- ☐ Tentative de suicide ☐ Troubles psychotiques ☐ Troubles anxieux ☐ Dépression
- ☐ Hospitalisation libre au CH Camille Claudel ☐ Soins psychiatriques sous contrainte
- ☐ Autre :

HISTORIQUE DES SOINS

HOSPITALISATION

Hospitalisation antérieure : ☐ oui ☐ non Si possible Date et Lieu :

SOINS AMBULATOIRES

☐ Centre Médico-Psychologique

AVEC : ☐ Psychiatre ☐ Psychologue

☐ Psychiatre libéral ☐ Psychologue libéral

☐ CSAPA ☐ Addiction France

☐ Suivi somatique ☐ Médecin traitant

☐ IDE

Patient en programme de soins ☐ oui ☐ non

☐ Autre

ADDICTIONS

- ☐ Alcool ☐ Tabac ☐ Cannabis ☐ Héroïne ☐ Cocaïne ☐ Benzodiazépines
- ☐ Jeux ☐ Ecrans ☐ Autre :

TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES EN COURS (joindre la dernière ordonnance)

ANTÉCÉDENTS SOMATIQUES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TROUBLES COGNITIFS

☐ OUI ☐ NON ☐ Suspicion

SI OUI : ☐ IRM

Nous vous remercions de bien vouloir :

Prescrire ou joindre un bilan biologique de moins de trois mois comprenant :

NFS - Transaminases - GGT - Iono complet - TSH - Triglycérides - Cholestérol - Glycémie

Réunir les documents indispensables suivants pour compléter le dossier :

- photocopie recto-verso de la pièce d'identité du patient(e)
- photocopie de sa carte vitale
- photocopie de sa carte de mutuelle en cours de validité
- son attestation de prise en charge CPAM si ALD
- sa dernière ordonnance

MERCI DE TRANSMETTRE LE DOSSIER DÛMENT COMPLÉTÉ
via votre **messagerie sécurisée** à : dossier.admissionhad@ch-claudel.mssante.fr
OU via votre messagerie professionnelle habituelle à : hadpsy16@ch-claudel.fr
OU par voie postale à : HADPSY16 - Centre hospitalier Camille Claudel
CS 90025 - 17, rue Camille Claudel - 16400 LA COURONNE