**DEMANDE D’HOSPITALISATION À TEMPS COMPLET**

Date de la demande :

 Fax secrétariat médical : 04.72.36.89.25 – hospitalisation@cnd-orsac.fr

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PATIENTE** |  |  |  |
| Nom |       | Prénom |       |
| Née le | Cliquez ici pour entrer une date. | Téléphone |       |
| Adressée par(Médecin/Structure) |       | Téléphone |       |
| Déjà suivie à la Clinique Notre Dame | [ ]  Oui | Nom du Médecin CND : |       |
| [ ]  Non | Adressée au Médecin CND: |       |

|  |
| --- |
| **Motif de l’hospitalisation :** |
|       |
| **Histoire des troubles :** |
|       |
| **Biographie/mode de vie :** | **Code postal résidence de la patiente :** |  |
|       |
| **Suivi psychiatrique actuel** | [ ] Non   [ ] Oui Nom du patricien :[ ]  Oui Nom du patricien : | **Invalidité** [ ] Non [ ]  Oui |
| **ALD psychiatrique** | [ ] Non [ ] Oui Joindre le protocole de soins[ ]  Oui | **CMU** [ ] Non [ ]  Oui |
| **Addictions** | [ ] Oui (lesquelles) : |       |
|  | [ ] Non |  |
| **Antécédents psychiatriques :** |
|       |
| **Antécédents somatiques :** |
|       |
| **Adaptation à la vie en collectivité (agitation, trouble du comportement alimentaire…) :** |
|       |
| **Traitement actuel:** |
|       |

**Cadre réservé à notre administration**

**Motif en cas de refus d’hospitalisation :**

**Date admission le :** **Service :**

**Date consultation proposée :** **Date effective :**

**Observations éventuelles :**