

DEMANDE D'ADMISSION

Origine de la Demande

Date de la demande :
Médecin adresseur :
Tél : Mail :
Médecin généraliste Médecin Psychiatre CHHL CHU Pôle Dune SSU Autre

Renseignements patient

NOM et Prénom : Date de naissance :
Adresse :
Tél : Mail :

Informations Médicales - Motifs

Motif de la demande :
.....
Signes cliniques actuels :
.....
.....
Poids : Taille : IMC :
Ancienneté du trouble :
Sévérité du trouble :
Caractère d'urgence : oui non

Antécédents

Antécédents :
.....
Autres prises en charge psychiatriques :
Prises de toxiques : oui préciser non
Traitement :
.....

Prise en charge souhaitée

Signature/Cachet