

33, Rue Saint-Symphorien
 B.P. 2067
 51073 REIMS CEDEX
Téléphone : 03 26 47 64 86
Fax : 03 26 06 58 88
@ : cadredeante@associationlamitie.fr

DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION

(à remplir par le médecin psychiatre et à adresser au médecin du Centre de post-cure sous pli fermé)

Mr / Mme NOM :

PRENOM :

NOM DE NAISSANCE :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

SITUATION FAMILIALE : **Nombre d'enfant(s):**

célibataire concubinage marié(e) divorcé(e) veuf(ve)

DIAGNOSTIC :

LES HOSPITALISATIONS EN SERVICE DE PSYCHIATRIE :

	LIEU	DATES	MOTIF	MODE d'hospitalisation
En cours				
A U T R E S				

TRAITEMENT SUIVI :

NOM(S)	DOSAGE(S)	POSOLOGIE(S)

ANTECEDENTS PERSONNELS (MEDICAUX ET CHIRURGICAUX), ALLERGIES et INTOLERANCES MEDICAMENTEUSES :

.....
.....
.....
.....
.....

COORDONNEES :

- Du médecin traitant :
- Des médecins spécialistes :
.....
.....

EXISTE-T'IL ?

- Conduites addictives : oui non
Si oui, lesquelles :
- Troubles spécifiques du comportement : oui non
Si oui lesquels :
.....

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES DU SEJOUR :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Un séjour aux appartements (travail d'autonomisation approfondi) du Centre serait-il envisagé (sous conditions de place et d'indications thérapeutiques) ? Oui Non

Remarques :

.....
.....

ORIENTATIONS DEFINIES AU PROJET DE VIE :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

COORDONNEES DES REFERENTS DU CMP ASSURANT LE SUIVI :

Médecin psychiatre :

Nom :

Téléphone :

Adresse :

Infirmier référent :

Nom :

Téléphone :

Adresse :

Psychologue :

Nom :

Téléphone :

Adresse :

Assistante Sociale :

Nom :

Téléphone :

Adresse :

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

HISTOIRE DE LA MALADIE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

EVOLUTION DANS LE SERVICE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

A la demande du Dr

A..... le

Signature,

Cachet du service

AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné(e),,
autorise la Direction du Centre de post cure l'Amitié à m'orienter dans une autre
structure pour y recevoir tout traitement nécessité par l'urgence et/ou hospitalisation
durant mon séjour au Centre l'Amitié.

Ale.....

Signature du patient :

POUR LES PERSONNES SOUS MESURE DE PROTECTION

AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné(e),,
en qualité de mandataire judiciaire chargé de la gestion de la mesure de protection
dont fait l'objet
autorise la Direction du Centre de post cure l'Amitié à l'orienter dans une autre
structure pour tout soin d'urgence et/ou hospitalisation durant le séjour au Centre
l'Amitié.

A Le.....

Signature (et cachet) :