

DEMANDE D'ADMISSION
CLINIQUE LA BASTILLE DE CALLIAN
- PATIENT ADULTE -

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à la Clinique La Bastide de Callian.

Pour préparer votre hospitalisation, nous vous invitons à suivre les étapes décrites ci-dessous, afin de compléter votre dossier d'admission.

Il est demandé au psychiatre traitant de remplir cette demande s'il effectue le suivi psychiatrique du patient.

PIÈCES À FOURNIR POUR LA COMPLETUDÉ ET ÉTUDE DU DOSSIER

1. Éléments administratifs	☐
2. Situation sociale du patient	☐
3. Éléments médicaux	☐
4. Éléments psychiatriques	☐
5. Lettre de motivation* * Pour une demande d'hospitalisation pour sevrage de toxiques : engagement écrit du patient avec son accord de respect du contrat de soins et de l'absence d'autorisation de sortie thérapeutique durant les 3 premières semaines de son séjour.	☐
6. Bilan biologique de moins de 1 mois	☐
7. Ordonnance de traitement	☐
8. Compte-rendu ou lettre de liaison des éventuelles précédentes hospitalisations	☐
9. Pièce d'identité (Carte nationale d'identité, Passeport)	☐
10. Attestation de Carte Vitale	☐
11. Carte de mutuelle ou attestation CMU	☐

Votre demande sera examinée par le Collège Médical pour évaluation de l'indication et la pertinence de l'hospitalisation.
Une réponse vous sera systématiquement adressée.

1. ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS – IDENTIFICATION DU PATIENT – A REMPLIR PAR LE PATIENT

NOM		NOM DE NAISSANCE	
Prénom		Date de naissance	
		Age	
Adresse			
Code postal		N° de téléphone	
Nom du proche aidant		N° de téléphone du proche aidant	

2. SITUATION SOCIALE DU PATIENT

Situation familiale	☐ Marié ☐ Concubinage ☐ PACS ☐ Célibataire ☐ Divorcé ☐ Veuf				
Enfant	☐ Oui ☐ Non	Si oui, combien ?		Age	
Situation professionnelle	☐ En activité ☐ Chômage ☐ Retraité ☐ Invalidité ☐ Congés maladie				
Profession					
Le patient a-t-il un logement ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Hébergé par un tiers (joindre l'attestation de reprise par le tiers avec Carte Nationale d'Identité)				
Tutelle/Curatelle	☐ Oui ☐ Non	Nom du contact			
Le patient dispose-t-il d'une mutuelle ?	☐ Oui ☐ Non	Si oui, nom de la mutuelle			

3. ELEMENTS MEDICAUX – CONFIDENTIELS – A REMPLIR PAR LE MEDECIN ADRESSEUR

Médecin adresseur	☐ Médecin traitant ☐ Psychiatre traitant ☐ Autre		
NOM		Prénom	
Adresse			
Code postal		Ville	
N° de téléphone		Mail	
Nom et coordonnées du médecin traitant si différent du médecin adresseur			
Nom et coordonnées du psychiatre traitant si différent du médecin adresseur			

4. ÉLÉMENTS PSYCHIATRIQUES

MOTIF DE LA DEMANDE D'HOSPITALISATION

OBJECTIFS DE L'HOSPITALISATION

Hospitalisation à la demande de qui ?	☐ Patient	☐ Proposition médicale	☐ Entourage du patient
Le patient a déjà été hospitalisé à La Bastide de Callian	☐ Oui ☐ Non	Nombre/Date	
Le patient a déjà été hospitalisé dans une autre structure	☐ Oui ☐ Non	Nombre/Date /Lieu	
Date et lieu de la dernière hospitalisation			

ANTECEDENTS PERSONNELS DU PATIENT

Antécédents de tentative de suicide	☐ Oui ☐ Non	Si oui, date et moyen des dernières tentatives de suicide	
Antécédents d'idées suicidaires	☐ Oui ☐ Non		
Idées suicidaires actuelles	☐ Oui ☐ Non		
Troubles du comportement	☐ Oui ☐ Non	Si oui, lesquels ?	
Antécédents judiciaires	☐ Oui ☐ Non	Si oui, précisez ?	☐ Obligation de soins ☐ Condamnation

TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Troubles dépressifs	☐ Oui ☐ Non
Troubles anxieux	☐ Oui ☐ Non
Troubles du sommeil	☐ Oui ☐ Non
Troubles de la personnalité	☐ Oui ☐ Non
Épuisement professionnel/Burn-out	☐ Oui ☐ Non
Troubles post-traumatiques	☐ Oui ☐ Non
Troubles des conduites alimentaires	☐ Oui ☐ Non
Troubles psychotiques	☐ Oui ☐ Non

TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE

☐ Tabac	Antécédents de consommation	☐ Oui ☐ Non
	Consommation actuelle	☐ Oui ☐ Non
	Si oui, substitution en cours	☐ Oui ☐ Non
☐ Alcool	Antécédents de consommation	☐ Oui ☐ Non
	Consommation actuelle	☐ Oui ☐ Non
	Si oui, date de dernière consommation	
☐ Cannabis	Antécédents de consommation	☐ Oui ☐ Non
	Consommation actuelle	☐ Oui ☐ Non
	Si oui, date de dernière consommation	
☐ Cocaïne	Antécédents de consommation	☐ Oui ☐ Non
	Consommation actuelle	☐ Oui ☐ Non
	Si oui, date de dernière consommation	
☐ Héroïne	Antécédents de consommation	☐ Oui ☐ Non
	Consommation actuelle	☐ Oui ☐ Non
	Si oui, substitution en cours	☐ Méthadone ☐ Subutex
☐ Médicaments	Antécédents de consommation	☐ Oui ☐ Non
	Consommation actuelle	☐ Oui ☐ Non
	Si oui, précisez	☐ Antalgique ☐ BZD ☐ Autres

ANAMNESE RECENTE DE LA MALADIE

--

ETAT CLINIQUE PSYCHIQUE ACTUEL

--

ETAT SOMATIQUE ACTUEL

Taille		Poids	
Antécédents médicaux		Antécédents chirurgicaux	
Problème cardiaque	☐ Oui ☐ Non	Si oui, date de la dernière consultation et nom du cardiologue	

Existe-t-il une altération cognitive ?	☐ Oui ☐ Non	
Le patient nécessite-t-il de l'O ² ?	☐ Oui ☐ Non	
Le patient est-il appareillé pour l'apnée du sommeil ?	☐ Oui ☐ Non	
Le patient présente-t-il un état de dénutrition ?	☐ Oui ☐ Non	
Le patient est-il atteint d'une maladie chronique ?	☐ Oui ☐ Non	
Allergies alimentaires	☐ Oui ☐ Non	Lesquelles?
Allergies médicamenteuses	☐ Oui ☐ Non	Lesquelles?
Régime alimentaire	☐ Oui ☐ Non	Lesquelles?
Risque de		
Chute	☐ Oui ☐ Non	
Trouble de la déglutition	☐ Oui ☐ Non	
Crise convulsive	☐ Oui ☐ Non	
Infection	☐ Oui ☐ Non	
Autonomie		
Marche seul	☐ Oui ☐ Non	
Toilette seul	☐ Oui ☐ Non	
Mange seul	☐ Oui ☐ Non	
Elimination seul	☐ Oui ☐ Non	
Activités physiques ☐ Oui ☐ Non Si oui, lesquelles ?		

Fait à :

Le :

Prénom/Nom :

Signature :

Cachet du médecin :