



**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](mailto:hadpsy16@ch-claudel.fr)

Merci de transmettre le dossier dûment complété :  
par mail à : [dossier.admissionhad@ch-claudel.mssante.fr](mailto:dossier.admissionhad@ch-claudel.mssante.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 : .....

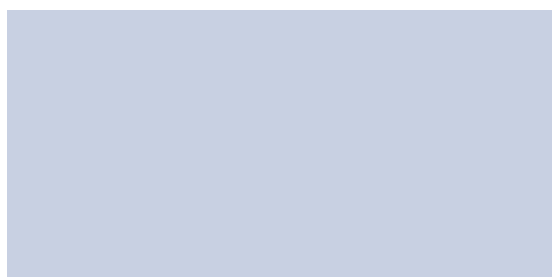
Fonction : ..... Email : .....

Adresse : ..... Cachet :

.....

.....

.....



## PATIENT

Nom : ..... Date de Naissance : ...../...../.....

Prénom(s) : .....

Adresse : .....

.....

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 :

| PERSONNE DE CONFIANCE  | PERSONNE À PRÉVENIR  |
|--|--|
| <i>Merci d'indiquer le nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et nature du lien avec le patient</i> |  |
| <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>                                       | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

| MOTIF D'HOSPITALISATION  |
|--|
| <p>Diagnostic et signes cliniques à ce jour :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

| OBJECTIFS DE L'HOSPITALISATION  |   |
|---|---|
| MÉDECIN ADRESSEUR   | PATIENT   |
| <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

## 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 .....

Psychiatre libéral .....

CSAPA .....

Suivi somatique .....

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