



DOSSIER DE PRE-ADMISSION HOPITAL DE JOUR (Demande externe)

Date de la demande d'hospitalisation*

Date prévisionnelle d'hospitalisation souhaitée*

*A remplir obligatoirement

Demandée par Dr* Ville.....
Tél Fax :.....

Demandée par établissement Ville.....
Tél Fax :.....

ETAT CIVIL : NOM* :

PRENOM * :

Nom de J. Fille :

ADRESSE PERSONNELLE* :

DATE DE NAISSANCE* :

Code postal Ville

Téléphone fixe tél portable

Situation professionnelle

Numéro de sécurité sociale*

Motif d'admission

Addictions (préciser) :

Autres (préciser)

Antécédents Psychiatriques

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

Hospitalisation(s) précédente(s)

Somatique : Ou ?.....
Durée ?.....

Psychiatrie : Ou ?.....
Durée ?.....



DOSSIER DE PRE-ADMISSION HOPITAL DE JOUR (Demande externe)

Antécédents médicaux et chirurgicaux

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

Traitement actuel.....

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

Observations

.....

Cadre réservé à la maison de Santé MAILHOL

- admission
- refus
- hospitalisation complète
- hôpital de jour

Avis médical/motif du refus

.....

Signature

Date :

Cachet et Signature du médecin

Merci de joindre les comptes rendus des différents examens médicaux et hospitalisations datant de moins de 3 mois