



DOSSIER MEDICAL DE PRE ADMISSION

DOSSIER TELECHARGEABLE SUR LE SITE : Maison de Santé Mailhol : ACCUEIL

<https://clinique-mailhol.fr>

Dossier à retourner par fax ou par mail : secretariat@mailhol.fr ou 05 62 71 79 76

Cadre réservé à la maison de Santé MAILHOL

Admission refus

Service préconisé A B C D E

Avis médical/motif du refus

.....

Nom et signature du psychiatre

MERCI DE COMPLETER DE FACON EXHAUSTIVE L'ENSEMBLE DES ELEMENTS

Date de la demande d'hospitalisation :

Date prévisionnelle d'hospitalisation souhaitée :

Demandée par Dr ou établissement.....

Ville.....

Tél :

Fax :

ETAT CIVIL DU PATIENT

NOM :

NOM J.FILLE :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

NUMERO DE TELEPHONE :

NUMERO SECURITE SOCIALE :

ADRESSE :

Motif d'admission

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

Antécédents Psychiatriques (dont hospitalisation en précisant le lieu et la durée)

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



DOSSIER MEDICAL DE PRE ADMISSION

Antécédents somatiques

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

Allergies

.....
.....

Traitement actuel (joindre l'ordonnance si possible)

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

préciser si :

O2 Stupéfiants Anti-rejet Anti-cancéreux Anti-rétroviraux autres

SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Actif A.A.H.
 Pôle emploi R.S.A.
 Invalidité Retraite
 Autres A préciser :

Travailleur indépendant, à préciser :

Arrêt de travail depuis le :

Logement personnel Demande de logement social en cours

EHPAD

Chez un tiers Foyer Sans domicile fixe

Quelle solution d'hébergement est envisagée à la sortie ?

Date :

Cachet et signature du médecin

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



DOSSIER MEDICAL DE PRE ADMISSION

<p style="text-align: center;">Sécurité</p> <p>Lit médicalisé</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Marche avec aide</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Fauteuil roulant</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p style="text-align: center;">Hygiène corporelle</p> <p>Avec aide</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>habillage</p> <p>avec aide</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p style="text-align: center;">Prothèse</p> <p>Dentaire</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>auditive</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>lunettes</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
Respiration	Alimentation	Elimination
<p>Oxygène</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>Régime.....</p> <p>Mange seul</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>risque de fausse route</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>Incontinence urinaire</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>incontinence fécale</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>sonde à demeure</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<p>Communication possible</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>avec altération</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Opposant</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p><input type="checkbox"/> Allergie(s) :</p> <p><input type="checkbox"/> Infections à BMR</p>	