

Maison de Santé de Mailhol 	DOSSIER DE PRE-ADMISSION EVALUATION MEDICALE EN HOPITAL DE JOUR	AD-QGDR-SO
		ANNEXE 1

DOSSIER TELECHARGEABLE SUR LE SITE : Maison de Santé Mailhol : ACCUEIL
<https://clinique-mailhol.fr>
Dossier à retourner sur fax médical : 05 62 71 79 76
ou par MAIL : hdj@mailhol.fr ou MEDIMAIL : secretariat@mailhol.fr

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* : **Nom jeune fille :**

PRENOM* :

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

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

Maison de Santé de Maillhol 	DOSSIER DE PRE-ADMISSION EVALUATION MEDICALE EN HOPITAL DE JOUR	AD-QGDR-SO
		ANNEXE 1

Hospitalisation(s) précédente(s)

Somatique : Ou ?.....
Durée ?.....
Quand ?.....

Psychiatrie : Ou ?.....
Durée ?.....
Quand ?.....

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

Antécédents médicaux et chirurgicaux

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

Type de transports utilisés pour se rendre à l'hôpital de jour :

VSL : Véhicule personnel : Transport en commun : Famille :

Autre :

Traitement actuel

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

Date :

Cachet et Signature du médecin



Observations

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

Cadre réservé au médecin psychiatre de l'HDJ

- Admission
- Refus

Avis médical/motif du refus

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

Signature

Avis de la commission :

- Admission
- Refus

Motif du refus :

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