



DOSSIER MEDICAL DE PRE ADMISSION

TEL : 05-62-71-79-79

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

<https://clinique-mailhol.fr>

Dossier à retourner par fax : 05 62 71 79 76

ou par MAIL ou MEDIMAIL : secretariat@mailhol.fr

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 Spécialité :

ou demandé par établissement :

Ville.....

Tél : Fax : Mail :

ETAT CIVIL DU PATIENT SEXE : F H

NOM : NOM NAISSANCE :

PRENOM : DATE DE NAISSANCE :

N° DE TELEPHONE : Mail :

N° SECURITE SOCIALE : / / / / /

CPAM

RSI

MSA

LMDE

SMEREP

Motif d'admission :

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



DOSSIER MEDICAL DE PRE ADMISSION HOSPITALISATION COMPLETE

ANTÉCÉDENT(S) PSYCHIATRIQUE(S) (dont hospitalisation(s) en précisant lieu et durée) :

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

ANTECEDENT(S) SOMATIQUE(S) :

.....
.....

ALLERGIE(S) :

.....

ETAT CLINIQUE ACTUEL :

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

TRAITEMENT ACTUEL :

Joindre l'ordonnance dans le cadre de la conciliation médicamenteuse interne à l'établissement

Précisez si :

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

SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE (à préciser obligatoirement) :

- Actif A.A.H.
 Pôle emploi R.S.A.
 Invalidité Retraite
 Autres A préciser :
 Travailleur indépendant, à préciser :
 Arrêt de travail depuis le :

 Mesure de protection (tutelle, curatelle) :

 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.....

SUIVI MEDICO-SOCIAL en cours (précisez si IDEL, CMP, SAMSAH, CSAPA, HDJ,) :

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



DOSSIER MEDICAL DE PRE ADMISSION HOSPITALISATION COMPLETE

Sécurité	Hygiène corporelle	Prothèses
<p>Lit médicalisé</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<p>Avec aide</p> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<p>Dentaire</p> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<p>Marche avec aide</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<p>Habillage avec aide</p> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<p>Auditive</p> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<p>Fauteuil roulant</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<p>Lunettes</p> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<p>Orientation temporo-spatiale :</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<p>⌘ Risque de fugue <input type="checkbox"/></p> <p>⌘ Risque de chute <input type="checkbox"/></p>		
Respiration	Alimentation	Elimination
<p>Oxygène</p> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<p>Régime :</p> <p>Mange seul</p> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<p>Incontinence urinaire</p> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<p>Equipement :</p> <input type="checkbox"/> Appareillage d'apnée du sommeil <input type="checkbox"/> Aérosols <input type="checkbox"/> Concentrateur d'O2	<p>Risque de fausse route</p> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<p>Incontinence fécale</p> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		<p>Sonde à demeure</p> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<p>Communication</p> <p>avec altération</p> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<p><input type="checkbox"/> Infections à BMR :</p>
<p>Opposant</p> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

**MERCI DE JOINDRE LES COMPTES RENDUS DES DIFFERENTS EXAMENS MEDICAUX
ET HOSPITALISATIONS DATANT DE MOINS DE 3 MOIS**

⌘ Les examens somatiques qui ne sont pas de l'ordre de l'urgence ou relatifs au motif de prise en charge sur la clinique devront être reportés le temps du séjour ou assurés par l'entourage du patient concernant l'organisation du transport.

Merci pour votre compréhension.

Date :
Cachet et signature du médecin