



## DOSSIER MEDICAL DE PRE ADMISION HOSPITALISATION COMPLETE

**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](mailto: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 :** ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / .....

**ADRESSE :** .....

Logement personnel  Demande de logement social en cours

EHPAD .....

Chez un tiers  Foyer  Sans domicile fixe

Solution d'hébergement envisagée à la sortie ?.....

**Motif d'admission :**

.....

.....

.....

.....



## DOSSIER MEDICAL DE PRE ADMISSION HOSPITALISATION COMPLETE

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

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

**ANTECEDENT(S) ADDICTIF(S) :**

- ALCOOL                      SEVRÉ :  NON    OUI DEPUIS QUAND ?.....  
 CANNABIS                   SEVRÉ :  NON    OUI DEPUIS QUAND ?.....  
 COCAÏNE                     SEVRÉ :  NON    OUI DEPUIS QUAND ?.....  
 AUTRES : ..... SEVRÉ :  NON    OUI DEPUIS QUAND ?.....

**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) : .....

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

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



## DOSSIER MEDICAL DE PRE ADMISION HOSPITALISATION COMPLETE

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

**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 relatif 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.*

Date : .....  
Cachet et signature du médecin