

	<b>DOSSIER DE PRE-ADMISSION EVALUATION MEDICALE EN HOPITAL DE JOUR</b>	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](mailto:hdj@mailhol.fr) ou MEDIMAIL : [secretariat@mailhol.fr](mailto:secretariat@mailhol.fr)**

Date de la demande d'hospitalisation\* .....

Date prévisionnelle d'hospitalisation souhaitée \* .....

**\*A remplir obligatoirement**

Demandée par Dr\* ..... **Spécialité\*** : .....  
Ville..... Tél.....

Demandée par établissement ..... Ville.....  
Tél .....  
Date prévisionnelle de sortie d'hospitalisation\* : .....

**Suivi psychiatrique extérieur\***  
(Condition obligatoire à l'admission du patient à l'HDJ) : .....

**ETAT CIVIL : NOM\*** : ..... **Nom jeune fille** : .....

**PRENOM\*** : ..... **DATE DE NAISSANCE\*** : .....

**ADRESSE PERSONNELLE\*** : .....

Code postal ..... Ville .....

Téléphone fixe ..... Tél portable .....

Situation professionnelle .....

Numéro de sécurité sociale\*.....

**MOTIF(S) D'ADMISSION :**

Addictions (préciser) :

*Suivi addictologique* : OUI NON *Depuis le* : .....

*Centre de suivi* : .....

*Médecin addictologue* : .....

Autres (préciser) : .....

**OBJECTIFS ATTENDUS PAR L'HOPITAL DE JOUR :**

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

Antécédents Psychiatriques

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

Hospitalisation(s) précédente(s)

*Somatique* : Où ?.....  
Durée?.....  
Quand ?.....

*Psychiatrie* : Où ?.....  
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 :

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