

CONDITIONS D'ADMISSION : La clinique le RYONVAL accueille des patients présentant des troubles dépressifs, des troubles anxieux associés ou non à des troubles addictifs. La prise en charge proposée s'oriente vers la thérapie cognitivo comportementale et émotionnelle.

DOSSIER MEDICAL EN VUE DE L'ADMISSION EN HOPITAL DE JOUR
(A remplir de façon détaillée par le médecin traitant ou le psychiatre adresseur)

1) Identification du médecin demandeur :

Nom :

Adresse complète :

Coordonnées téléphoniques :

Fax :

Email :

2) Renseignements généraux et administratifs :

Nom du patient (y compris nom de jeune fille) :

Prénom :

Age et date de naissance :

Situation matrimoniale et familiale :

Adresse complète actuelle :

Coordonnées téléphoniques :

CPAM de rattachement et n° de Sécurité Sociale :

Coordonnées de mutuelle (joindre photocopie de sa carte) :

Mesure de Protection éventuelle :

3) Antécédents Médicaux, Chirurgicaux :

a- Le patient est-il ou a-t-il été porteur d'une bactérie multirésistante ?

Oui Si oui, précisez :

Non

ATTENTION : Afin de garantir la sécurité de votre patient, la clinique ne disposant pas de service de restauration sur place, il est IMPERATIF que vous nous précisez si celui-ci est sujet à :

- des allergies alimentaires
- un régime alimentaire spécifique

a- **Allergie(s) alimentaire(s)** du patient :

b- **Intolérances** du patient :

c- **Régime alimentaire spécifique** du patient :

b- Le patient présente-t-il une contre-indication à la prise de génériques ?

Oui Si oui, précisez :

Non

4) Antécédents psychiatriques : ⇒ Précisez s'il y a eu des hospitalisations antérieures et le cas échéant, le lieu / ⇒ Précisez si le sujet est suivi en ambulatoire, en précisant le nom et l'adresse du ou des thérapeutes.

5) Addictions associées. Si oui, lesquelles ?

Anciennes :

.....

Actuelles :

.....

Le patient vous paraît-il apte à l'abstinence totale en milieu ouvert ?

6) Symptomatologie actuelle (trouble du comportement / idées suicidaires / ...)

7) Traitements psychotropes en cours ⇒ Précisez les posologies actuelles des traitements

Nom	Dosage	Posologie actuelle

Tél : 03 21 50 71 71

Fax : 03 21 50 71 86

CLINIQUE LE RYONVAL – Groupe UGECAM Hauts-de-France

182 route de Lens 62223 SAINTÉ CATHERINE

8) Traitement intercurrent :

A son entrée, le patient doit se munir de ses dernières ordonnances et de son dernier bilan sanguin.

Nom	Dosage	Posologie actuelle

Allergie(s) médicamenteuse(s) du patient :

9) Autonomie du patient : => entourez la réponse correspondante

Le sujet a-t-il besoin d'aide pour :

1- Marcher

- Oui
 Non

2- S'alimenter

- Oui
 Non

3- Faire sa toilette

- Oui
 Non

4- Se repérer dans le temps et l'espace :

- Oui
 Non

5- Le sujet a-t-il besoin d'une surveillance médicale accrue :

- Oui
 Non

6- Le sujet est-il continent sur le plan sphinctérien :

- Oui
 Non

10) Conditions d'hébergement actuelles

11) Situation professionnelle ?

12) Indications

Tél : 03 21 50 71 71

Fax : 03 21 50 71 86

CLINIQUE LE RYONVAL – Groupe UGECAM Hauts-de-France

182 route de Lens 62223 SAINTE CATHERINE

a) Indications à une hospitalisation de jour :

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

b) Indications à une thérapie cognitivo comportementale et émotionnelle :

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

ATTENTION : Aucun dossier ne sera traité sans la lettre de motivation du patient

BILAN SANGUIN STANDARDISE

- NFS- VS plaquettes
- Glycémie
- Hb glycosylée (si diabète)

- Transaminases
- Gamma GT
- CRP
- SGOT SGPT
- TSH
- Urée Créatinine Clairance de la Créatine
- Iono.
- Bilan lipidique

Délai d'admission souhaitable :

Date de la demande :

Signature et cachet du praticien

Tél : 03 21 50 71 71

Fax : 03 21 50 71 86

CLINIQUE LE RYONVAL – Groupe UGECAM Hauts-de-France

182 route de Lens 62223 SAINTE CATHERINE