



**FICHE DE LIAISON EN VUE D'UNE ADMISSION EN
HOPITAL DE JOUR**

Date :

COORDONNEES MEDECIN ADRESSEUR

Etes-vous ?

Médecin Psychiatre :

Médecin généraliste :

Nom :

Prénom :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

Si vous n'êtes pas le médecin traitant

Coordonnées du médecin traitant

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

COORDONNEES DU PATIENT

Sexe : F H :

Déjà venu(e) : Oui Non

Nom :

Nom de jeune fille :

ALD Psy (Si oui joindre le protocole de soins) : Oui Non

Prénom :

Date de naissance :

Adresse

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Portable :

SITUATION JURIDIQUE	Sauvegarde de justice	Curatelle	Tutelle	Ne sait pas
---------------------	-----------------------	-----------	---------	-------------

MOTIF DE LA DEMANDE D'HOSPITALISATION

Etat psychique actuel :

- Tristesse de l'humeur
- Angoisse
- Idées délirantes /hallucinations
- Idées suicidaires / antécédents suicidaires
- Troubles du sommeil
- Troubles du comportement (agressivité...)
- Consommation de toxiques
- Continuité / Consolidation HC

Antécédents Psychiatriques :

.....
.....

ADDICTION - TOXICOMANIE

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Quels produits :

Antécédents Somatiques :

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

Traitement(s) en cours :

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

COMMENTAIRE – ETAT ACTUEL :

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

ACCEPTATION DU PRINCIPE D'HOSPITALISATION PAR LE PSYCHIATRE	
INADEQUATION DE L'ETAT DU PATIENT A LA STRUCTURE	

RDV Médecin le :	Date Admission prévue le :
-------------------------	-----------------------------------