

CLINIQUE SAINT DIDIER

112 allée de la Gardette – 84210 SAINT DIDIER Tél. : 04.90.66.68.07 – Fax : 04.90.66.68.02

Mail : medical@cliniquestdidier.fr / medical@cliniquestdidier.mssanté.fr**FICHE DE LIAISON EN VUE D'UNE HOSPITALISATION COMPLETE**

A remplir uniquement par le médecin adresseur

Coordonnées du patient adressé par vos soins

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe : ☐ F ☐ M
Adresse :	
Téléphone :	

Coordonnées Etablissement et/ou du Médecin demandeur

Etes-vous ?	Si vous n'êtes pas le médecin traitant, coordonnées du médecin traitant :
Médecin Psychiatre : ☐ Médecin Généraliste : ☐	
Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
Ville :	Ville :
Téléphone :	Téléphone :
E-mail :	E-mail :

Volet social

Seul(e) : ☐ En couple : ☐ En foyer : ☐ En maison de retraite : ☐
Hébergement ou logement à la sortie : OUI ☐ NON ☐
☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre, préciser :
Nom et coordonnées :

Etat Psychiatrique

Motif d'admission :
Etat actuel :
Score EchelleRSD.....

Traitement Psychiatrique en cours (Joindre la copie de la dernière ordonnance du traitement psychiatrique) :
--

Antécédents psychiatriques :

ALD Psy : OUI ☐ NON ☐

Patient(e) déjà hospitalisé(e) à la Clinique St-Didier : OUI ☐ NON ☐
--

Séjour en milieu psychiatrique : OUI ☐ NON ☐
--

Si OUI : Nom établissement :	Date :
------------------------------------	--------------

Patient ayant fait 1 TS : OUI ☐ NON ☐	Si oui, date de la TS :
---	-------------------------------

Addictions -Toxicomanie

Tabac : ☐ Alcool : ☐ Cannabis : ☐ Drogues « dures » : ☐ Médicaments : ☐ Opiacés ☐

Etat Somatique

Antécédents médicaux/chirurgicaux :

.....
.....

A. Cardiaque (HTA, trouble du rythme, IDM, stents, artérioclérose, IC, angor) : OUI ☐ NON ☐

A. Neurologique (AVC, Parkinson, T cognitifs, Epilepsie, neuropathies, vertiges, maladie neuro dégénérative) : OUI ☐ NON ☐

A. Métabolique (Diabète, obésité, dénutrition, TCA, cirrhose hépatique) : OUI ☐ NON ☐

A. Pneumologique (Emphysème, asthme, insuffisance respiratoire, BPCO) : OUI ☐ NON ☐

A. Rénale (Clairance créatinine) : OUI ☐ NON ☐ Résultat :

Cancer : Rémission ☐ Suivi ☐ Chimio/radiothérapie en cours ☐ Autre :

(Si maladie chronique, joindre le dernier CR d'hospitalisation ou CR spécialiste)

Etat Général : Bon ☐ Moyen ☐ Mauvais ☐

Commentaires

.....

Autonomie :

Habillage seul ☐ Alimentation seul ☐ Toilette seul ☐ Sortie extérieur seul ☐

Mobilité réduite : OUI ☐ NON ☐

Si OUI : fauteuil roulant : ☐ déambulateur : ☐ canne : ☐ avec aide : ☐

Chutes : OUI ☐ NON ☐ Fausses Routes : OUI ☐ NON ☐

Traitement somatique en cours (Joindre la copie de la dernière ordonnance du traitement somatique habituel):

.....
.....

Contre-Indications absolues

Patient(e) agité(e) : ☐ Patient non consentant : ☐ Patient(e) mineur(e) : ☐

Troubles cognitifs sévères : ☐ Syndrome confusionnel ☐ Polytoxicomanie ☐

Etat somatique dominant la PEC: ☐ PEC sevrage alcool autre que Niveau 1 : ☐

Mauvaise condition de sortie lors du précédent séjour : ☐

Cadre réservé à la Clinique Saint Didier

Date demande : / / 20.... Contact Psychiatre Saint Didier le : / / 20.... par le Dr.....

Acceptation du principe d'admission par le médecin psychiatre : OUI ☐ NON ☐

Service général ☐ Surveillance particulière au Bât D ☐

Si NON, motif du refus :

Annulation le : / / 20....

Date d'admission prévue le : / / 20....