

Observation : Pour toute demande de prise en charge en Hôpital de jour, renseigner cette fiche qui sera à transmettre par mail aux personnes concernées

Etiquette
Patient

Hôpital de jour de Chalon sur Saône – Tél : 2257 – GLORIETTE@epsm71.fr

Prescripteur

Nom du médecin :

Date de prescription :

Coordonnées du patient

Adresse :

Téléphone :

Contacts professionnels

Médecin Traitant :

Psychiatre Traitant :

Tuteur ou Curateur :

Psychiatre Traitant informé (si ce n'est pas le psychiatre adresseur)

☐ OUI

☐ NON

Quel est l'objectif thérapeutique actuel de l'hospitalisation de jour pour ce patient ?

Diagnostic psychiatrique : Principaux éléments anamnestiques et psychopathologies

Antécédents somatiques et allergies médicamenteuses

Soins actuels

Hospitalisation complète

☐	OUI	☐	NON
--------------------------	-----	--------------------------	-----

Si oui, date de sortie prévue :

Sortie

☐	Soins libres	☐	Programme de soins
--------------------------	--------------	--------------------------	--------------------

☐	Consultations médicales CMP
--------------------------	-----------------------------

Lieu :	Nom du médecin :
--------	------------------

☐ Entretiens avec psychologues CMP

Lieu :	Nom du psychologue :
--------	----------------------

☐ Entretiens infirmiers CMP

Lieu :	Nom de l'infirmier :
--------	----------------------

☐ VAD

☐ CATTP

Lieu :	Rythme :
--------	----------

Signature et tampon du prescripteur