

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



Hôpital de jour de Montceau les Mines – Tél : 2124

<u>Prescripteur</u>			
Nom du médecin :		Date de la demande :	

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 :