

FICHE DE PRÉ-ADMISSION

PATIENT :

NOM : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : . . / . . / à _____ Dpt : ____

Pays : _____ Nationalité : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

☎ : _____ ☎ : _____

SDF : oui non

Situation familiale : _____ Nbre enfants : _____

N° de sécurité sociale : _ / _ / _ / _ / _ - / _ - / _ - / _ - ALD : oui non

Mutuelle : oui non Si oui, laquelle : _____

Ressources : oui non Si oui, type : _____

Mesure de protection : _____ Organisme : _____

Nom du mandataire : _____ ☎ : _____

Adresse mail : _____ @ _____

Autorité parentale (*mineur*) : _____

Lien de parenté : _____ ☎ : _____

CENTRE HOSPITALIER DEMANDEUR :

Nom de l'Établissement : _____

Code FINESS géographique :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Service : _____

Médecin responsable : _____

☎ du secrétariat : _____ Fax : _____

Adresse mail : _____ @ _____

Assistante sociale référente : _____ ☎ : _____

Adresse mail : _____ @ _____



SÉJOUR ACTUEL :

Mesure de placement

Statut pénal ou d'hospitalisation : _____

Date d'entrée dans votre Établissement : . . / . . / . . .

Hospitalisation sous contrainte depuis le : . . / . . / . . .

Maintien en hospitalisation sous contrainte jusqu'au : . . / . . / . . .

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES :

Séjours antérieurs en U.M.D. : oui non

Si oui : - du . / . . / . . . au . / . . / . . . U.M.D. de _____

- du . / . . / . . . au . / . . / . . . U.M.D. de _____

- du . / . . / . . . au . / . . / . . . U.M.D. de _____

- du . / . . / . . . au . / . . / . . . U.M.D. de _____

Merci de nous adresser les comptes-rendus d'hospitalisation de ces séjours.