

**Nom, adresse et telephone
du médecin adresseur :**

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

Nom Prénom – adresse du **patient** :

.....
.....
.....
☎ Tel :.....
Age :.....
Poids :.....
Taille :.....

Il vous est demandé de renvoyer impérativement cette demande dûment complétée à l'un des médecins psychiatre de la **Clinique Les Oyats**.

HISTOIRE DE LA MALADIE, ETAT ACTUEL DU PATIENT (avec date de début des troubles) et indication de la demande de post-cure :

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

CONTEXTE SOCIAL :

Logement :.....
Profession :.....
Diplôme(s) :.....
Actif / Chomage / Maladie ? Depuis quand ?.....
Situation familiale : Marié Divorcé Séparé Célibataire Autres :.....
Enfants : Oui Non
Si oui, Combien :.....
Age des enfants :.....
Représentant légal des enfants :.....

Protection des biens : Oui Non
Reconnaissance MDPH : Accordée : Oui Non Demandée : Oui Non
Si oui, Prise en charge SAMSAH Travailleur Handicapé AAH Autre, préciser :.....

ETAT DE VALIDITE / AUTONOMIE (aide toilette, repas...) :.....
.....

REGIME ALIMENTAIRE.....

ANTECEDENTS – AFFECTIONS ASSOCIEES :

- Chirurgicaux :.....
.....
- Médicaux :.....
.....
- Psychiatriques :.....
.....

- Addictions :
 - o Alcool :.....
 - o Drogues :.....
 Le patient vous semble-t-il apte à l'abstinence en milieu ouvert ? OUI NON
- Familiaux :.....
- Comportements antisociaux :

ALLERGIES.....

.....

.....

TRAITEMENTS PSYCHIATRIQUES

.....

.....

.....

.....

.....

TRAITEMENTS SOMATIQUES

.....

.....

.....

.....

.....

OBSERVANCE DES TRAITEMENTS

.....

TOLERANCE DES TRAITEMENTS

.....

APPAREILLAGE MEDICAL (VMI, Oxygène, Fauteuil roulant...)

.....

SOINS SPECIFIQUES (Pansements,...)

.....

EVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE (RUD, antécédents) :

.....

J'atteste, après avoir pris connaissance des caractéristiques de la Clinique Les Oyats, que l'état actuel de M..... est compatible avec une hospitalisation dans ce centre de Post Cure de réhabilitation psychosociale et socioprofessionnelle et m'engage à reprendre si cela était nécessaire pendant le séjour et pour le suivi du patient à la sortie de celui ci.

le.....

Signature :

Réservé à la clinique : Demande vue par Commission d'admission:	
<input type="checkbox"/> Docteur	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Docteur	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Validation médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Pré-admission : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Date :	Signature du médecin :