

Remplie par le Dr : Date :

Patient

Nom
Prénom :
Age
Tel :

Correspondant

Dr :
Tél :
Spécialité : Psychiatre Généraliste
Autre :

Motif de la demande d'hospitalisation :

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

Traitement en cours (copie d'ordonnance à joindre)

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

Problèmes somatiques : Pathologies :

Traitements :

Examens à prévoir :

Préciser les caractéristiques suivantes (NB : CHAMPS OBLIGATOIRES) :

<input type="checkbox"/> Urgence (<24 h) <input type="checkbox"/> Connue de la CMVA <input type="checkbox"/> Patient suicidaire → <input type="checkbox"/> Intégration Vigilans78* <input type="checkbox"/> Appoints toxiques Si oui, lesquels : <input type="checkbox"/> Patient porteur de handicap Si oui, lequel : <input type="checkbox"/> Patient sous tutelle / curatelle <input type="checkbox"/> Accord du patient <input type="checkbox"/> Patient adressé au Dr <input type="checkbox"/> Patient adressé à la CMVA	GESTION DU RISQUE INFECTIEUX
	> Patient porteur d'une BMR* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui, merci de préciser : Laquelle : <input type="checkbox"/> SARM* <input type="checkbox"/> Entérobactéries BLSE* <input type="checkbox"/> Autre : Situation : <input type="checkbox"/> Porteur sain <input type="checkbox"/> Infection > Patient porteur d'une BHR* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui, merci de préciser : Laquelle : <input type="checkbox"/> EPC* <input type="checkbox"/> ERG* Situation : <input type="checkbox"/> Porteur sain <input type="checkbox"/> Infection > Patient ayant été hospitalisé : -en service de réanimation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas -à l'étranger <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui, merci de préciser : Année : Pays : > Patient porteur d'une maladie à déclaration obligatoire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui, merci de préciser : <input type="checkbox"/> VHA <input type="checkbox"/> VHB <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Autre :

DECISION MEDICALE :

- Accord : Oui Non
 - Pré-admission Oui Non Motif : (handicap, ambivalence, information clinique insuffisante, autre)

Ne pas oublier : Informer le collègue :

- Des 3 temps du processus d'admission (accord médical/ complémentaire santé/ date d'admission)
- Du délai d'AD possible (liste d'attente en cours)
- De la nécessité de faxer (ou autre) 1 courrier médical

Préciser si : Le patient va appeler le secrétariat Le secrétariat doit appeler le patient

Donner un avis médical : sur l'UF la mieux indiquée (voire contre-indiquée) :

Merci de transmettre la fiche médicale de demande d'admission au secrétariat

* **BMR** : Bactérie Multi-Résistante / **SARM** : Staphylococcus Aureus Résistant à la Méricilline / **Entérobactéries BLSE** : Entérobactéries productrices de Bêta-Lactamases à Spectre Elargi / **BHR** : Bactérie Hautement Résistante Emergente / **EPC** : Entérobactéries Productrices de Carbapénémase / **ERG** : Entérocoques Résistants aux Glycopeptides

* Si patient suicidaire : Intégration au dispositif Vigilans78/92/95 à cocher dans le cadre de la prévention du risque suicidaire. Merci.