

 une institution de référence pour la santé des adolescent-e-s et des jeunes adultes	DEMANDE MEDICALE D'ADMISSION	PEC-FOR
		003
Clinique FSEF Vence		Page 1 sur 4
Liens thématiques HAS :	Parcours patient : Dispositif d'accueil du patient	

Partie réservée au bureau des admissions

Etiquette Identification patient	Tampon date réception dossier	Tampon saisie dossier informatisé
-------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

Pour les demandes d'hospitalisation dans le service de psychiatrie de l'adolescent, ce document doit être impérativement co-remplé par un médecin psychiatre ou joindre un courrier du psychiatre

Nom du patient : Prénom :

Date de naissance : Age : Lieu de naissance :

Adresse où réside le patient :
.....
.....

Téléphone portable mère : Téléphone portable père :

Téléphone portable patient : Téléphone fixe :

Etudes en cours (préciser la classe si connue) :

DEMANDE MEDICALE COMPLETEE PAR : ☐ MEDECIN TRAITANT ☐ SPECIALISTE

Nom du médecin traitant :

Nom/spécialité du médecin spécialiste :

Le patient a déjà séjourné FSEF Vence « Cadrans Solaires » : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Si oui, merci de préciser les dates :

Type d'hospitalisation souhaité : ☐ Hospitalisation complète ☐ Hospitalisation de jour

Période souhaitée : ☐ Séjour Soins/Etudes ☐ Séjour vacances scolaires ☐ Séjour été (juillet/août)

Orientation de service :

☐ Hospitalisation temps complet : (HTC)

☐ MPR ☐ Psy ☐ Médecine ado/TCA (13-20 ans) ☐ Médecine enfant (6-12 ans)
(Uniquement hospitalisation de semaine)

☐ Hospitalisation de jour : (HDJ)

☐ MPR ☐ Psy ☐ Médecine ado/TCA (13-20 ans)

 <small>une institution de référence pour la santé des adolescent-e-s et des jeunes adultes</small>	DEMANDE MEDICALE D'ADMISSION	PEC-FOR
		003
		Page 2 sur 4
Clinique FSEF Vence		
Liens thématiques HAS :	Parcours patient : Dispositif d'accueil du patient	

MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION/DIAGNOSTIC

HISTOIRE DE LA MALADIE

ANTECEDENTS PERSONNELS

↳ Somatiques

↳ Psychiatriques

ANTECEDENTS FAMILIAUX

VACCINATIONS

 <div> <div>une institution de référence pour la santé des adolescent-e-s et des jeunes adultes</div> </div>	<div>DEMANDE MEDICALE D'ADMISSION</div>	<div>PEC-FOR</div>
		<div>003</div>
		<div>Page 3 sur 4</div>
<div>Clinique FSEF Vence</div>		
<div>Liens thématiques HAS :</div>	<div>Parcours patient : Dispositif d'accueil du patient</div>	

SUIVI(S) ANTERIEUR(S) : médical/paramédical/psychiatrique/autre ➤ préciser dates, noms médecins/spécialité

SUIVI(S) ACTUEL(S) ➤ préciser noms médecins/spécialité

ETAT SOMATIQUE

↵ Poids :

↵ Taille :

↵ BMI :

↵ Examen cardio-respiratoire

↵ Examen locomoteur

↵ Examen neurologique

↵ Puberté

↵ Autres (préciser)

ETAT PSYCHIQUE ACTUEL

 <div> <div>une institution de référence pour la santé des adolescent-e-s et des jeunes adultes</div> </div>	<div>DEMANDE MEDICALE D'ADMISSION</div>	PEC-FOR
		003
		Page 4 sur 4
Clinique FSEF Vence		
Liens thématiques HAS :	Parcours patient : Dispositif d'accueil du patient	

EXAMENS COMPLEMENTAIRES RECENTS (biologie et autres) ➤ joindre la copie des résultats

TRAITEMENT ACTUEL

ALLERGIE(S) CONNUE(S) (médicaments, aliments, autres...)

CONTRE INDICATION MEDICAMENTEUSE

Le médecin spécialiste référent s’engage à poursuivre le suivi du patient au terme de son hospitalisation

Coordonnées du médecin adresseur

✍ Nom :

✍ Adresse :

✍ Téléphone :

✍ Mail :

✍ MSS (Messagerie sécurisé de santé) :

Date :/...../.....

Signature :

Tampon lisible du médecin adresseur