

DEMANDE D'ADMISSION PROGRAMMÉE au secteur 6/7 de psychiatrie (GHRMSA)

À remplir par le médecin adresseur et à renvoyer
(Tout dossier incomplet ou illisible ne sera pas traité)

Coordonnées du patient

Nom : _____ Adresse : _____
Nom de naissance : _____ CP-Ville : _____ Sexe : M F
Prénom : _____ Profession : _____
Date de naissance : _____ Téléphone : _____ Mail : _____
Patient déjà connu du service ? Oui Non

Renseignements cliniques

Antécédents psychiatriques et histoire de la maladie :

Motifs de la demande d'hospitalisation :

Antécédents médico-chirurgicaux pertinents :

Risque suicidaire : Non Oui, précisez :

