



DOSSIER D'ADMISSION

A COMPLETER PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTE

Le patient marque son consentement au partage d'informations personnelles et confidentielles entre professionnels de la santé dans le cadre de sa demande d'admission.

Oui Non

COORDONNÉES DU PATIENT

NOM du patient :

PRENOM du patient :

Sexe : M F

Nationalité :

Lieu et date de naissance :

Adresse légale :

.....

Si SDF, adresse de référence :

.....

Langue :

Téléphone du patient :

Téléphone de proche à prévenir :

Email du patient (ou celui du proche) :

Médecin traitant :

Médecin psychiatre :

Psychologue :

COORDONNÉES DU DEMANDEUR

Identification du demandeur :

patient médecin service social autre

NOM et PRENOM :

Adresse :

Téléphone :

Email :



LA FORÊT DE SOIGNES

Clinique psychiatrique
Hôpital de jour La Renouée

SITUATION MÉDICALE :

-Motif de l'admission :

NEMOS :Unité psychiatrie général

AUBIER : Unité addictologie

BAOBAB : Unité médico-légale

-Demandes du patient :

-Objectifs du patient :

-Patient hospitalisé : oui* non

Si oui*, dans quel établissement et depuis quand :

Si oui*, motifs de l'hospitalisation actuelle :

Veillez joindre à la demande d'admission les rapports suivants :

un rapport médical

un rapport d'hospitalisation

un rapport psycho-social

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES :

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

ANTÉCÉDENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX :

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



LA FORÊT DE SOIGNES

Clinique psychiatrique
Hôpital de jour La Renouée

HOSPITALISATION(S) ANTÉRIEURE(S) (veuillez joindre, avec accord du patient, les rapports d'hospitalisation)

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

Risque suicidaire : oui non difficile à définir

Troubles cognitifs : oui non

Risque d'errance : oui non

Conduites addictives : oui non

Si oui précisez :

Tabac : oui non

Troubles alimentaires : oui non

Si oui précisez :

Automutilation : oui non

AUTONOMIE DU PATIENT :

① Autonome / ② Aide de soutien / ③ Aide partielle / ④ Dépendance totale

Niveau d'aide	Items
① ② ③ ④	Se laver : <input type="checkbox"/> au lit / <input type="checkbox"/> au lavabo
① ② ③ ④	<input type="checkbox"/> Utiliser les toilettes / <input type="checkbox"/> Chaise percée
① ② ③ ④	Se déplacer dans le lit
① ② ③ ④	Effectuer des transferts – Aide nécessaire :
① ② ③ ④	Marcher – Aide nécessaire :



LA FORÊT DE SOIGNES

Clinique psychiatrique
Hôpital de jour La Renouée

Traitement médicamenteux en cours

Afin de nous permettre de garantir une continuité des soins médicamenteux optimale à votre patient, pourriez-vous compléter ce document de manière la plus complète possible.

Médicaments prescrits (y compris : médicaments à usage externe, sprays, gouttes, préparations magistrales,...)

Nom du médicament	Dosage	Posologie				Indication	Remarques éventuelles Schémas de prises particuliers, durée de traitement . . .
		Matin	Midi	Soir	Coucher		

Allergies, intolérances ? oui non

.....
.....

Nom + signature du médecin :

.....



LA FORÊT DE SOIGNES

Clinique psychiatrique
Hôpital de jour La Renouée

SITUATION SOCIALE :

➤ **Assurabilité :**

Mutuelle : Code tit. : /

Dossier en ordre : oui non

Si non, quelles démarches sont en cours :

.....

Numéro national :

Statu Bim (VIPO) : oui non

Assurance privée hospitalisation : oui * non

* Personne de contact ?

Choix de la chambre : Privée (avec suppléments) Commune (tarification INAMI)

➤ **Handicap :**

Reconnaissance SPF : oui* non

* N° de dossier :

Inscription AVIQ/PHARE/VDAB : oui* non

* N° de dossier :

➤ **Situation financière :**

- Ressources :
- Indemnités de mutuelle
 - Allocations handicapé
 - Revenu de chômage
 - Revenu intégration sociale
 - Revenu de travail
 - Aucunes
 - Autres à préciser :

Nécessite un réquisitoire : oui * non

* Quel C.P.A.S compétent. ?

* Nom de la personne en charge du dossier + coordonnées

.....

* Numéro de dossier

Dettes : oui * non

* A préciser :



LA FORÊT DE SOIGNES

Clinique psychiatrique
Hôpital de jour La Renouée

➤ **Situation professionnelle :**

- Salarié Indépendant Pensionné Sans emploi
- Autres à préciser:

➤ **Situation sociale :**

Etat civil :

Enfant :

Lieu de vie habituel :

- Logement personnel Logement social MSP Habitation protégée
- SDF Autres à préciser :

Personne de contact + coordonnées :

.....

PROJET APRÈS L'HOPITALISATION

.....

.....

.....

.....

.....

Démarches déjà effectuées par le service social :

.....

.....

Nom et téléphone de l'assistant social :

.....

.....



SITUATION JURIDIQUE

Administrateur provisoire de biens : oui non

* Coordonnées de l'administrateur :

Médiation de dettes : oui non

* Coordonnées du médiateur :

Mesure de maintien : oui non

Si oui, lieu et date de début et date de fin :

Obligation de soin (préciser et joindre le document) : oui non

Si mesure d'internement, veuillez compléter la feuille 8



LA FORÊT DE SOIGNES

Clinique psychiatrique
Hôpital de jour La Renouée

RENSEIGNEMENTS JUDICIAIRES

Patient séjournant actuellement à

Date du jugement d'internement :

Le patient dépend de la Chambre de Protection Sociale de

Avocat :

Assistant de Justice :

Psychiatre de Tutelle :

Equipe Mobile :

Personnes ressources :

NOM et PRENOM :

Adresse :

Téléphone :

Email :

NOM et PRENOM :

Adresse :

Téléphone :

Email :

NOM et PRENOM :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Documents à fournir : (dans la mesure du possible)

- Copie recto/verso de la carte d'identité
- Rapport SPS
- Jugement (avec accord du patient)
- Bilans, testings, et autres rapports médicaux