

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Fax : 05 59 55 34 35 • hospital-jour@cliniquedamade.fr

COORDONNÉES DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Tél :

Coordonnées du Psychiatre traitant	Coordonnées du Médecin traitant	Autres intervenants (psychologue, IDE...)
Mesure de protection	Situation professionnelle	Lieu de vie

MOTIF DE LA DEMANDE

Urgence majeure

Urgence modérée

- Alternative ou préparation à une hospitalisation complète
 - Avis diagnostic
 - PEC thérapeutique
 - Prévention du suicide
- Evaluation rapprochée de la clinique, de l'observance thérapeutique et aide à la rémission
- Réhabilitation psychosociale et des capacités d'autonomie
- Rompre un isolement, maintenir une vie sociale et améliorer la qualité de vie
- Evaluation géronto psychiatrique
 - Avis diagnostic
 - Avis thérapeutique
 - Evaluation cognitive et psychomotrice
- Etayage d'une prise en charge addictologique
- Stimulation magnétique transcrânienne répétée (RTMS)
 - Dépression
 - Schizophrénie hallu auditives
 - Schizophrénie symptômes négatifs
- Atelier spécifique demandé
 - MBCT (Prévention de la rechute depressive)
 - Psychoéducation groupe bipolaire
 - Groupe gestion des émotions et affirmation de soi
 - Education thérapeutique :
 - Dépression
 - Addiction
 - Gestion des relations conjugales, familiales, professionnelles... (approche systémique)
 - PRACS (Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités sociales)

Antécédents psy (hospit / suivi / traitement / Antécédents familiaux, passage à l'acte...)

Diagnostic principal :

Antécédents addicto :

Antécédents médicaux, chirurgicaux, allergie :

Traitement actuel *(joindre dernière ordonnance)* :

Demande du patient et projets :

Quelles sont vos attentes, vos besoins par rapport à l'HDJ :

Quel est votre projet de vie :