Fondation La Teppe
Clinique Psychothérapique
La Cerisaie

*Pour toutes questions, merci de joindre le secrétariat de la Clinique au **04 75 07 59 49***
*Ou par mail à **admissions.cerisaie@teppe.org***

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE « LA CERISAIE »

Demande d'hospitalisation

DOSSIER MEDICAL

Merci de compléter ce dossier d'hospitalisation et de fournir les documents et informations demandés ci-dessous pour l'étude par la ***Commission d'admission***

- ☐ **ORDONNANCES A JOUR**
- ☐ Comptes-rendus psychiatriques : consultations et hospitalisations
- ☐ Résultats d'examens biologiques **< 1mois**
  - ☐ Bilan lipidique
  - ☐ Bilan glycémique
- ☐ Comptes-rendus médicaux
- ☐ Conclusion médicale ECG < 6 mois
- ☐ Autres examens : ……

A TRANSMETTRE EN LIGNE SUR LE SITE INTERNET DE LA FONDATION

OU

A RENVOYER PAR MESSAGERIE SECURISEE (MONSISRA) ***à*** ***admission.cerisaie@teppe.aura.mssante.fr***

OU

PAR VOIE POSTALE A :

FONDATION LA TEPPE
La Cerisaie
25 avenue de la Bouterne – CS 9721
26602 Tain-l'Hermitage Cedex

Veuillez noter que le dépôt de cette demande d'hospitalisation ne constitue pas une validation d'hospitalisation.
Votre dossier sera examiné par la Commission d'admission.

PATIENTE : **NOM :** …… **PRENOM :** ……

Coordonnées du médecin remplissant ce dossier

☐ Médecin traitant ☐ Médecin psychiatre ☐ Autre : ……

Nom : …… Prénom : ……

Adresse : ……

Téléphone : …… Mail : ……

1. TROUBLES PSYCHIATRIQUES ACTUELS :

☐ Troubles anxiodépressifs

☐ Troubles bipolaires

☐ Troubles de la personnalité

☐ Troubles psychotiques, schizophrénie

☐ Psychotraumatismes, ESPT

☐ Troubles psychiques périnataux

☐ Troubles psychiatriques et sommeil

☐ Epuisement/Burn-out

☐ Troubles des conduites alimentaires

☐ Trouble du neurodéveloppement (TDAH, TSA, trouble des apprentissages…) : ……

☐ Idées suicidaires

2. ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

☐ Tentatives de suicides

Si oui, date des épisodes et moyens : ……

……

☐ Antécédents familiaux de suicide

Si oui, lesquels ? ……

3. CONDUITES ADDICTIVES :

☐Aucune ☐Alcool ☐Tabac ☐Cocaïne ☐THC / Cannabis ☐Ecrans, jeux…

☐Autre : préciser ……..

☐ Suivi addictologique *Par quelle structure ?* : ……

Mesures envisagées pour le sevrage avant l'hospitalisation à la Clinique : ……..

……..

4. ANTECEDENTS MEDICAUX

Antécédents cardiovasculaires et métaboliques : – – – –	**Antécédents chirurgicaux :** – – – –
Facteurs de risques thrombo-emboliques : – – – –	**Autres antécédents médicaux :** – – – –

Allergies et intolérances :

5. HISTOIRE DE LA MALADIE :

6. MOTIFS DE LA DEMANDE ET OBJECTIFS DE L'HOSPITALISATION :

☐ Patiente ayant déjà été hospitalisée à la Clinique « La Cerisaie ».

☐ Patiente ayant déjà été hospitalisée en psychiatrie.

Si oui, dates et lieu des dernières hospitalisations :

……

……

……

7. TRAITEMENT : joindre l'ordonnance du traitement actuel

Modifications récentes :

……

TTT déjà essayés :

……

……

8. AUTONOMIE :

☐ Marche seule ☐ Mange seule ☐ Trouble de la déglutition

☐ Toilette seule ☐ Elimination seule

Fait à …… **le** ……