

## DEMANDE D'ADMISSION HOPITAL DE JOUR

### FILIERE PERSONNES AGEES

Demande à envoyer **UNIQUEMENT** par courrier sécurisé **MEDIMAIL** :

Joindre impérativement les traitements en cours ainsi que les comptes-rendus (IRM, TDM, CR Neurologie...)

[psychogeriatric.secretariat@bonsauveuralby.fr](mailto:psychogeriatric.secretariat@bonsauveuralby.fr)

DATE DE LA DEMANDE : .....

|                                                                                                                                                                                               |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Demandeur :</b><br><input type="checkbox"/> Médecin traitant<br><input type="checkbox"/> Médecin spécialiste<br><input type="checkbox"/> Neuropsychologue<br><input type="checkbox"/> EMPG | <b>Tampon médical :</b>           |
| Médecin traitant informé :<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                       | Coordonnées du médecin traitant : |

#### PATIENT :

|                                                                                                                                                  |        |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------|
| Nom d'usage                                                                                                                                      | Prénom | Nom de Naissance |
| Date et lieu de naissance                                                                                                                        |        |                  |
| Adresse (les patients domiciliés en EHPAD ne sont pas admissibles en HDJ) :                                                                      |        |                  |
| Téléphone :                                                                                                                                      |        |                  |
| La personne vit seule à domicile : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                                                     |        |                  |
| Intervenant en place à domicile : IDE <input type="checkbox"/> Aide-ménagère <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie <input type="checkbox"/> |        |                  |
| Motif de la demande :                                                                                                                            |        |                  |

Personne de confiance à joindre :

Téléphone :

### Antécédents médicaux :

Les patients admis en Hôpital de jour psychiatrique de secteur ne sont pas admissibles sur la filière Personnes Agées

Pathologie cognitive :

Suivi Spécialiste :

MMS>20 nécessaire pour admission

MMSE : /30

date de passation : .....

Pathologie psychiatrique :

Suivi spécialiste :

Autres antécédents :

Traitement actuel :

Toutes prises en soins en hôpital de jour nécessitent une ALD item 15 OU 23

Décision de la commission

Validée\_ ☐

Refusée\_ ☐