

Demande d'ADMISSION

Hôpital de Jour Psychogériatrie

Hôpital de Jour psychogériatrie

19 rue de Lavazière — 81025 Albi Cedex 9

Téléphone Secrétariat : 05.63.48.48.63

Médecin référent : Docteur Laurence COMBES

Tel. 05.63.48.48.63

Médecin demandeur : Tampon médical



Date de la demande :

Médecin Traitant si autre que médecin demandeur :

Motif de la demande :
.....
.....

Identité de la personne concernée : (La personne sera informée de la demande d'intervention)

NOM : Prénom : Date de naissance :

Adresse :
.....

Téléphone :

La personne vit-elle seule à domicile : Oui ☐ Non ☐

Personne de confiance à joindre : Téléphone :

Mobilité : Autonome ☐ Canne ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant ☐

Contenance : Autonome ☐ Autonome avec protection ☐ Non autonome ☐

Intervenants en place à domicile : IDE ☐ Aide-ménagère ☐ Auxiliaire de vie ☐ DAC ☐

Antécédents médicaux :

- Pathologie cognitive :
.....
.....
.....
Suivi spécialiste :
Dernier MMSE/30. Date de passation : **MMSE >20 est nécessaire pour l'admission**

- Pathologie psychiatrique :
Suivi spécialiste :
Suivi au Bon Sauveur : oui ☐ non ☐

- Autres antécédents :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Traitement actuel :

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

Toute prise en charge en Hôpital de Jour nécessite obligatoirement une ALD item 15 et 23.

Merci d'envoyer cette demande à psychogeriatric.secretariat@bonsauveuralby accompagnée des derniers comptes rendus médicaux.

Décision de la Commission d'Admission : Date :

☐ Demande validée

☐ Demande mise en attente. Eléments suivants à préciser :

.....
.....

☐ Demande refusée pour motif suivant :