

Demande d'admission

Equipe Mobile Intensive d'Alternative à l'Hospitalisation

À RENSEIGNER PAR LE MEDECIN REFERENT
(A envoyer à emiah@ch-montperrin.fr)

Date de la demande :

Médecin adresseur :

INFORMATIONS :

- Nom, Prénom :
- Date de naissance :
- Sexe :
- Adresse :
- Numéro de téléphone :
- Personne ressource :

Patient informé : O / N

Accord donné : O / N

INDICATION :

AUTRES :

- Personne au domicile ? Hospitalisée ? (si oui, précisez quel service) :
- Suivi en cours (médecin spécialiste, CMP/HDJ, addicto, psycho) :
- ATCD psychiatriques et médicaux :
- Traitement actuel (psy + soma) :
- Psychiatre traitant :

Réservé à l'équipe mobile

Accord médical de prise en charge : OUI / NON

Vérification sectorielle : Pole Est / Hors secteur