



Demande de prise en charge en hospitalisation de jour

1. Coordonnées du patient : (à remplir par le patient)

Monsieur ☐ Madame ☐

Nom d'usage _____

Prénom (s) _____

Nom de naissance _____

Date -Lieu de naissance _____

Nationalité _____

Situation familiale _____

Nombre d'enfants _____ dont à charge _____

Adresse _____

Code postal – Ville _____

Téléphone fixe et portable _____
(à noter par ordre de priorité)

Adresse mail _____

Profession _____

Lieu d'exercice _____

Personne de confiance :

Nom - Prénom _____ Lien de parenté _____

Adresse _____

Code postal – ville _____

Téléphone fixe et portable _____
(à noter par ordre de priorité)

Adresse mail _____

Personne à prévenir (si différente de la personne de confiance) :

Nom - Prénom _____ Lien de parenté _____
Adresse _____
Code postal – ville _____
Téléphone fixe et portable _____
(à noter par ordre de priorité)
Adresse mail _____

Le cas échéant, mesure de protection :

OUI ☐ NON ☐

Nature de la protection Sauvegarde ☐ Curatelle ☐ Tutelle ☐

Mandataire :

Nom - Prénom _____
Adresse _____
Code postal – ville _____
Téléphone fixe et portable _____
(à noter par ordre de priorité)
Adresse mail _____

2. Origine de la demande – à remplir par le patient

Médecin traitant ☐ Médecin spécialiste ☐ Patient ☐ Autre ☐ -----

Médecin traitant

Nom- Prénom _____
Adresse _____
Code postal – ville _____
Téléphone fixe – portable _____
Fax _____
Adresse mail _____

Médecin spécialiste

Nom- Prénom _____
Adresse _____
Code postal – ville _____
Téléphone fixe – portable _____
Fax _____
Adresse mail _____

3. Régime d'assurance maladie et mutuelle : (à remplir par le patient)

Assurance maladie

Adresse

Code postal – ville

Numéro immatriculation

Mutuelle

Adresse

Code postal – ville

Numéro d'adhérent

Afin de préparer votre séjour, nous vous remercions de joindre la copie de :

- votre attestation d'assurance maladie,
- votre carte d'adhésion à une mutuelle recto-verso
- votre pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, ou carte de séjour) recto-verso sur la même feuille

4. Renseignements médicaux - à remplir par le médecin adresseur

Antécédents médicaux et chirurgicaux significatifs

Diagnostic principal et comorbidités actuelles (psychiatriques, addictologiques, somatiques)

Motif de l'hospitalisation de jour et attentes vis-à-vis de la prise en charge

Merci de joindre au présent dossier :

- les copies des ordonnances en cours, dont les traitements de substitution éventuels
- en cas de pathologie addictive, bilan hépatique et/ou toxicologie urinaire de moins d'un mois
- le cas échéant, les résultats d'examens complémentaires et courriers jugés utiles

La présente demande d'hospitalisation de jour n'est soumise au médecin responsable des admissions qu'à la réception de l'intégralité de ces éléments. Tout dossier incomplet risque d'entraîner un retard dans la prise en charge du patient.

Date :

Signature et cachet du médecin :