



HOPITAL DE JOUR

Accueil de jour de 9h15 à 16h30 du Lundi au Vendredi, en demi-journée des patients de +18ans à 70 ans révolu sans perte d'autonomie

Fiche de demande d'admission: Hospitalisation à Temps Partiel

Nom d'usage :	Date de naissance : / /
Nom de naissance :	Lieu de naissance :
Prénom :	Sexe: F□ M□
Adresse :	
N° Téléphone :	
Adresse Mail :	
Motif de l'admission :	
<u>Symptômes observés</u> :	<u>Objectifs de la prise en charge :</u>
O Troubles de l'humeur	
O Dépression	O Stabilisation de l'état mental
O Anxiété sévère	O Réhabilitation psychosociale
O Idées suicidaires	O Evaluation diagnostic approfondie
O Trouble psychotique	O suivi thérapeutique spécifique
O Troubles du comportement	O Autre (précisez) :
alimentaire	
O Addiction(s) : précisez	
O Autre : précisez :	
·	
C <u>onsommation de substances (alcool, drog</u>	<u>gues, tabac</u>) :
O oui O non	
Si oui, précisez :	
réquence souhaitée par semaine : Nombre de demi-journe	ée :
Fait à :	Le://
Nom du professionnel de santé : .	Fonction :
Signature :	
orginatare .	
Cadre réservé à l'administration	Clinique Ker Yonnec
	ennique Kei Tolliec

Validation:

Médecin: Signature:

Date:

Cadre du service : Signature:

Date:

Entrée prévue le : / /

89 340 CHAMPIGNY



03 86 66 67 56



www.keryonnec.com E-mail: kyc.idehdj@vivalto-sante.com