Clinique Ker Yonnec
Champigny-sur-Yonne

DOSSIER MEDICAL DE PREADMISSION HOSPITALISATION COMPLETE

v 20/02/2025

Professionnel de santé : **secmed@keryonnec.mssante.fr** (messagerie sécurisée recevant uniquement les mails envoyés par les messageries sécurisées des professionnels de santé)	Patient : à retourner à kyc.secmedical@vivalto-sante.com

Date de la demande : / /

Encadrement réservé à la clinique Ker Yonnec
Validation/signature psychiatre :

Orientation potentille en HDJ : OUI / NON
Validation/signature cadre des soins :

COORDONNEES DU PATIENT

Joindre la copie carte identité

Nom de naissance

Nom

Prénom de naissance

Date de naissance : _ _ /_ _ /_ _ _ _ Sexe : Féminin / Masculin / situation particulière.....

Lieu de naissance

Domicile O Non fixe O Fixe **adresse :** .....
N° de téléphone : _ _ /_ _ / _ _ / _ _ / _ _ code postal et ville : .....
Adresse mail : .....
Numéro de sécurité sociale : _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _ **joindre la copie carte vitale**
Nom de la mutuelle : ..... **joindre la copie carte mutuelle**
Retour à domicile potentiel post hospitalisation : O Non O Oui O Oui, avec aides .....
Protection juridique O Oui O Non
Si oui : O Tutelle O Curatelle O Curatelle renforcée
Nom et téléphone + mail:
.....

COORDINATION DU PARCOURS DE SANTE

Adresseur :

Nom du médecin demandeur :

Adresse : .....Code postal et ville .....

Téléphone : E mail :

O Médecin libéral
O Médecin hospitalier : **Établissement hospitalier :**

Engagement de fourniture de traitement	**Engagement de reprise**
Je soussigné(e) ..... m'engage à ce que le patient soit transmis avec son traitement médicamenteux pour 3 jours en format boîte ou plaquette non déblistérés (pas de PUI interne à la clinique Ker Yonnec, délais de livraison de la pharmacie partenaire) Tampon et signature	**Je soussigné(e) Docteur..... m'engage à reprendre ce patient dans mon service, dans des délais raisonnables si la clinique Ker Yonnec n'est plus en mesure de l'accueillir** Tampon et signature

Nom du médecin traitant (si différent du médecin adresseur)

Adresse : ..... Code postal et ville :.....

Téléphone : Email :

Date d'entrée souhaitée : / /

Orientation potentielle en hôpital de jour à l'issue de l'hospitalisation complète : O oui O non

Demande adressée au Docteur .....

Clinique Ker Yonnec
Champigny-sur-Yonne

DOSSIER MEDICAL DE PREADMISSION HOSPITALISATION COMPLETE

v 20/02/2025

Motif(s) d'hospitalisation O Trouble de l'humeur O Anxiété O Addiction(s) O Trouble(s) du comportement, O Autres, précisions :

……
……
……
……

Histoire de la maladie (si connue) : ……
……

Mode de vie : ……
……

Antécédents connus (psy, familiaux, addictologie, médico-chirurgicaux, allergies) : ……
……
……

Traitement psychiatrique en cours joindre les ordonnances :

……
……
……
……

Traitement somatique en cours joindre les ordonnances : ……
……
……

Éléments cliniques : ……
……
……

Toxiques :

O Tabac O Alcool O Cannabis O Médicaments O Héroïne O Cocaïne O Substituts O opiacés O Autre :
Précisions : ……

Date dernière vaccination **Covid** : / /

Autonomie

Alimentation Hydratation	**Texture :** O Normale O Mixée **Régime :** O Diabétique Sans sel Hypocholestérolémiants O Sans fibres et sans résidus **Autonomie** : O Autonome O Aide partielle O Aide totale
Hygiène et confort	**Hygiène** : O Autonome O Aide partielle O Aide totale **Habillage** : O Autonome O Aide partielle O Aide totale
Élimination	**Urines** : O Continent O Incontinent / **Selles** : O Continent O Incontinent
Comportement	O Normal O Agité O Désorienté O Incohérent
Locomotion	O Autonome O Aide partielle O Aide totale
Besoin en matériels	O Fauteuil roulant O Cannes anglaises O Déambulateur O Lève malade O Matelas anti-escarres O Oxygène O Néant
Risque infectieux	Antécédent d'acquisition d'une bactérie multirésistante O Non O Oui, Si oui, précisez :

Pièces à joindre impérativement pour traitement de la demande d'hospitalisation :
copie de carte identité, copie de carte vitale, copie de carte mutuelle, copie des ordonnances

Signature du médecin prescripteur : **Cachet de l'établissement :**