EPSM 74	**DEMANDE D'ADMISSION A L'UNITE SPECIALISEE DE GERONTOPSYCHIATRIE AU BARGY**	140.013 Version 1 Octobre 2019

Demande

Date de la demande : .....

Médecin référent : .....

Pièces justificatives à joindre

- ☐ Courrier médical détaillé
- ☐ Grille AGGIR
- ☐ Dernière ordonnance du traitement en cours
- ☐ Engagement de reprise pour les familles et les institutions

Identité du patient :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Personnes ressources (identité, lien et coordonnés) :

.....

.....

.....

Personne de confiance : .....

Situation familiale :

☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Concubinage ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve)

Enfants : (sexe, âge, adresse)

.....

.....

Antécédents

Psychiatriques	
Somatiques	

Suivi antérieur à l'hospitalisation

☐ CMP ☐ HDJ ☐ EMGP ☐ Autre : .....

Motif de la demande d'hospitalisation

Renseignements cliniques

Psychiatriques :

Connaissance du diagnostic : ☐ oui ☐ non
Connaissance de la maladie : ☐ oui ☐ non

Joindre obligatoirement les résultats du bilan paraclinique et ECG.

Somatiques :

Pathologie somatique en cours non équilibrée :	☐ oui ☐ non
Nécessité d'oxygénothérapie ou VNI :	☐ oui ☐ non
SAD en place :	☐ oui ☐ non
VVP :	☐ oui ☐ non
SNG :	☐ oui ☐ non
Soins de plaie :	☐ oui ☐ non
Soins de rééducation :	☐ oui ☐ non
Régime alimentaire :	☐ oui ☐ non *Si oui, préciser :* .....
Allergies :	☐ oui ☐ non *Si oui, préciser :* .....
Autre :	

Situation sociale actuelle

N° SS : .....

ALD (100%) : ☐ oui ☐ non *Si oui, jusqu'au :* .....

Organisme mutuelle : .....

Mesure de protection :

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ En cours ☐ Non ☐ Habilitation familiale

Depuis le : .....

Intervenants extérieurs : .....

.....

Type de logement actuel :

☐ Logement autonome ☐ Hébergé ☐ Foyer logement ☐ EHPAD

☐ Autre : .....

Etablissement Public de Santé Mentale 74

Pôle de psychiatrie générale
Service de la Moyenne-Vallée de l'Arve

Tél. 04 50 25 43 87
Fax. 04 50 25 43 96

ENGAGEMENT DE REPRISE

Je, soussigné , en qualité de ,
m'engage à reprendre :

M
Né le
Domicilié

à l'issue de son séjour en gérontopsychiatrie à l'EPSM74.

Fait à Le

Signature

Etablissement Public de Santé Mentale 74

Contacts Secteur Moyenne Vallée – Unité fonctionnelle BARGY

- Dr RAKOTOARIMANANA, responsable d'UF
- Dr KAOUANE, praticien attaché
- M. A CHELGHOUM, cadre de santé

Demande à adresser au secrétariat médical par mail :
secretariatmoyennevalleeintra@ch-epsm74.fr

Une réponse par mail vous sera adressée dès la prochaine commission d'admission.

Cadre réservé à l'EPSM

DECISION DE LA COMMISION D'ADMISSION

☐ Avis favorable, ☐ Avis défavorable

le patient est attendu pour le ……..

Motifs :

Réponse du secrétariat le ……..