

**Hôpital de Jour
de la Clinique du Moulin
Partie Médicale**

DOSSIER A COMPLETER PAR

VOTRE MEDECIN TRAITANT OU PAR UN MEDECIN PSYCHIATRE
et à renvoyer à la Clinique du Moulin, Secrétariat de l'HDJ, BP 7138 Carcé, 35171 BRUZ

NOM et PRENOM du patient : _____ **Date de naissance :** _____

Si le patient est en cours d'hospitalisation, merci de compléter cette partie :

Établissement : _____

Correspondant : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Médecin traitant : _____ Coordonnées : _____

Psychiatre traitant : _____ Coordonnées : _____

Médecin Nutritionniste : _____ Coordonnées : _____

Motifs d'orientation vers l'Hôpital de Jour :

Pièces à joindre : Ordonnance traitements, bilans, comptes-rendus, éléments sociaux.....

Bilan somatique :

IMC : _____ Poids : _____ Taille : _____

Derniers bilans biologiques : _____

Parcours de soins :

Établissement	Dates du séjour (début et fin)	Motifs d'hospitalisation	Médecins Référents

Diagnostic patient et cotation CIM 10 :

Merci d'adresser l'ordonnance des prescriptions

Antécédents :

Médicaux :

Chirurgicaux :

Allergies :

Antécédents de dépendance (toxicomanie et autres) :

Si addiction : _____ Patient sevré : Oui ☐ Non ☐ Depuis quand ? _____

Bénéficie-t-il d'un soutien familial, amical, autre ?

Surveillance particulière de l'HDJ du Moulin :

Date + signature + cachet du médecin

**Hôpital de Jour
de la Clinique du Moulin
Partie Patient**

DOSSIER A COMPLETER PAR LE PATIENT

et à renvoyer à la Clinique du Moulin, Secrétariat de l'HDJ, BP 7138 Carcé, 35171 BRUZ

Merci de joindre :

- Une lettre de motivation
- Photocopie de la carte d'identité recto/verso, photocopie de la carte vitale et photocopie de la carte mutuelle en recto/verso (Les originaux seront à présenter lors de l'admission)

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone Portable : _____ Fixe : _____

Numéro de Sécurité sociale : _____

Nom de la mutuelle : _____

Personne à prévenir : _____ Tél. _____

Adresse : _____

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubin(e)
☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Nombre d'enfants : _____ A charge : _____ Age(s) : _____

Mesure de Protection : ☐ OUI ☐ NON
Si oui : ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre

Noms et coordonnées de la personne mandatée _____

Tél. _____ Mail : _____

Quels est votre moyen de transport pour venir à l'Hôpital de Jour :

☐ VSL ☐ Véhicule Personnel

Votre situation socio-professionnelle :

Votre vie de famille et/ou vos amis :

Comment vous-sentez dans le travail ?

Votre vie dans le quartier ? Connaissez-vous vos voisins ?

Vos activités ? Vos loisirs ?

Vos projets personnels ? Professionnels ?

Vous sentez-vous seul (e) ?

Date et signature

[illegible]

Février 2024 Version 3