



CHS  
NOTRE-DAME  
DES ANGES  
ASBL

Bonjour,

Vous avez téléchargé ce document car vous souhaitez formuler une **demande d'hospitalisation de jour** dans notre Clinique pour votre patient.

Vous trouverez ci-dessous un document de transmission que nous vous demandons de bien vouloir nous retourner une fois rempli.

Ce document sera ensuite étudié par le médecin de notre service. Ce dernier pourra ainsi soit valider une admission directe dans notre service de jour soit il sollicitera un entretien de pré-admission.

De cette manière, nous pourrons donner suite à votre demande dans les meilleurs délais tout en tenant compte des particularités du parcours médical de votre patient.

Nous vous remercions d'avance pour votre collaboration.

L'équipe de l'hôpital de jour  
de la Clinique Notre Dame des Anges

# FORMULAIRE D'ADMISSION POUR L'HÔPITAL DE JOUR

**Ce document est à adresser complété, cacheté, signé et daté à l'attention de Mme Mélissa Jourdevant, cheffe de service de l'hôpital de jour :**

- soit par mail : melissa.jourdevant@cnda.be
- soit par courrier : Rue Emile Vandervelde, 67, 4000 Liège
- soit par fax : 04 224 06 38

Pour accompagner cet envoi (et permettre un suivi optimal de la demande) :

**Merci de vous identifier, d'indiquer votre institution et votre numéro de contact.**

## ADMINISTRATIF

**Nom :** ..... **DN :** .....

**Prénom :** .....

**Adresse :** .....

.....

**Téléphone / gsm patient :** ..... / .....

**Personne de contact : Nom :** ..... **Tél :** .....

**Profession :** .....

**Source de revenu :** .....

**Statut juridique :** .....

**Mise en observation :** OUI / NON (*biffer la mention inutile*)

Date d'échéance : .....

Médecin responsable : .....

**Protection des biens :** OUI / NON (*biffer la mention inutile*)

Si OUI : Nom de l'administrateur : .....

**Défense sociale :** OUI / NON (*biffer la mention inutile*)

Si OUI : Nom de l'agent de probation : .....

# ANAMNÈSE MÉDICALE

---

**Psychiatre traitant :** .....

**Médecin traitant :** .....

**Maison médicale :** .....

**Psychologue ambulatoire :** .....

**Motif d'hospitalisation résidentielle / Diagnostic provisoire :**

.....

.....

.....

.....

.....

**Assuétudes en cours :**

.....

.....

.....

.....

.....

**Antécédents psychiatriques :**

*Précédentes hospitalisations psychiatriques :*

.....

.....

.....

.....

.....

*Tentatives de suicides : dates et moyens*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Assuétudes antérieures :*

Tabac :

Alcool :

Drogues :

*Antécédents d'hétéro-agressivité :* OUI / NON - si OUI préciser :

.....  
.....  
.....

*Casier judiciaire :* OUI / NON - si OUI préciser :

.....  
.....  
.....

**Antécédents psychiatriques familiaux :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Antécédents médicaux somatiques :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Situation familiale actuelle :**

.....

.....

.....

.....

.....

**Situation socio-professionnelle actuelle :**

.....

.....

.....

.....

.....

**Objectifs de l'hospitalisation de jour :**

*Attentes de l'équipe thérapeutique envoyeuse / attente du patient :*

.....

.....

.....

.....

.....

*Attitude du patient face à la maladie et au projet d'hospitalisation de jour :*

.....

.....

.....

.....

.....

**Traitement médicamenteux actuel et intolérances médicamenteuses éventuelles :**

.....

.....

.....

.....

.....