

DEMANDE d'ADMISSION en SOINS AIGU au DOMICILE
 Pour les personnes âgées de moins de 65 ans

A adresser à l'équipe du SPPID (Soins psychiatriques de particulière intensité à domicile)

Par fax : 02.41.53.31.57

Ou par messagerie sécurisée : soins.psychiatriques.aigus.domicile@ch-saumur.mssante.fr

<p>DATE de la DEMANDE :</p> <p>PERSONNE demandeuse</p> <p>Lien :.....</p> <p>Adresse :.....</p> <p>Tél :.....</p> <p>MEDECIN traitant :</p> <p>PERSONNE CONCERNEE est-elle d'accord avec la demande ?</p> <p>Oui Non</p> <p><i>Nom et Signature du médecin ou du soignant ayant réceptionné et accepté la demande</i></p> <p>TRAITEMENT HABITUEL :</p>	<p>Nom, Prénom du patient : Adresse du patient :</p> <p style="text-align: center;">EXPLICITATION des raisons conduisant à la demande d'ADMISSION en SOINS AIGUS au DOMICILE</p> <p>1) Existe-il des Antécédents psychiatriques et lesquels :</p> <p>2) Expliciter la symptomatologie à l'origine de la demande</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe-il un trouble du comportement et si oui lequel ? • Existe-il un trouble du discours et si oui lequel ? <p>3) Ce trouble du comportement / discours est (cochez la réponse)</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'installation brutale (en moins d'une semaine) • d'installation rapide (en moins de six semaines) • d'installation progressive (en plus de trois mois) <p style="text-align: right;">Un bilan biologique a-t-il été fait (à joindre) OUI NON</p> <p>4) Considérez-vous que l'urgence soit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Immédiate (adresser alors le patient aux urgences) • Dans les deux ou trois jours à venir (hors week-end) • Dans les quinze jours à venir. <p>5) Diagnostic éventuel suspecté :</p>	<p>Coller étiquette patient</p>
---	---	--

REPONSE du SPPID	<i>Motivé (date d'intervention confirmée, observation recto)</i> <i>Non motivé ou réorientation proposée :</i>
----------------------------------	--

DATE d'intervention :	OBSERVATION
INTERVENANT(S)	
Signature	