

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 Psychiatrique de Particulière Intensité)

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

Ou soins.psychiatriques.aigus.domicile@ch-saumur.fr (si absence de messagerie sécurisée)

<p>DATE de la DEMANDE :</p> <hr/> <p>PERSONNE demandeuse :</p> <p>Lien :</p> <p>Adresse :.....</p> <p>Tél :</p> <p>Mail :.....</p> <p>MEDECIN traitant :</p> <p>PERSONNE CONCERNEE est-elle d'accord avec la demande ?</p> <p align="center">Oui Non</p> <p>TRAITEMENT HABITUEL :</p>	<p align="center">Coordonnées du patient</p> <p><u>Nom Prénom :</u></p> <p><u>Date de naissance :</u></p> <p><u>Adresse :</u></p> <p><u>Tel :</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px auto; width: 150px;"> <p>Coller étiquette patient</p> </div> <p 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 si oui 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> <p><input type="checkbox"/> d'installation brutale (en moins d'une semaine)</p> <p><input type="checkbox"/> d'installation rapide (en moins de six semaines)</p> <p><input type="checkbox"/> d'installation progressive (en plus de trois mois)</p> <p align="center">Un bilan biologique a-t-il été fait (à joindre) OUI NON</p> <p>4) Considérez-vous que l'urgence soit</p> <p><input type="checkbox"/> Immédiate (adresser alors le patient aux urgences)</p> <p><input type="checkbox"/> Dans les deux ou trois jours à venir (hors week-end)</p> <p><input type="checkbox"/> Dans les quinze jours à venir.</p> <p>5) Diagnostic éventuel suspecté :</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	