



FORMULAIRE DE PRÉADMISSION

TROUBLE BIPOLAIRE

À adresser à accueil@bipol-air.fr

► Concernant le patient :

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Sexe : Homme Femme

Statut familial :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Adresse mail :

► Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom :

Prénom :

Lien :

Téléphone :



► **Médecin traitant :**

Nom :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Le patient est-il en ALD-30 ?

OUI NON

Le patient est-il sous mesure de protection ?

OUI NON

Si oui, précisez :

Le patient suit-il un régime alimentaire particulier ?

OUI NON

Si oui, précisez :

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE PRINCIPAL

ÉTAT CLINIQUE ACTUEL

POIDS :

TAILLE :

IMC :



COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES ou ADDICTOLOGIQUES

AUTRES ANTÉCÉDENTS (personnels non psychiatriques, avec le nom des autres intervenants médicaux)

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES FAMILIAUX

TRAITEMENT ACTUEL avec les posologies et dates d'introduction

HISTORIQUE DES TRAITEMENTS REÇUS (pharmacologiques et non pharmacologiques)

HISTOIRE DE LA MALADIE (avec les dates, lieux et modalités d'hospitalisation le cas échéant)



INVESTIGATIONS CLINIQUES et/ou PARACLINIQUES À PREVOIR

REMARQUES OU OBSERVATIONS UTILES POUR LA PRISE EN CHARGE

Nous vous remercions de vous présenter au rendez-vous de préadmission avec les documents suivants :

- Dernière ordonnance
- Pièce d'identité
- Carte vitale ou attestation de droits
- Carte de mutuelle
- Justificatif d'ALD
- Courriers médicaux et résultats d'examen qui pourront être utiles à la prise en charge

En cas de dossier incomplet, le rendez-vous ne pourra pas avoir lieu.

PATIENT INFORMÉ LE :

PAR LE DOCTEUR :