



FORMULAIRE DE PRÉADMISSION

TROUBLE NEUROLOGIQUE FONCTIONNEL

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 :

Le patient est-il en ALD-30 ?

OUI NON

► **Personne à prévenir en cas d'urgence :**

Nom :

Prénom :

Lien :

Téléphone :



► **Médecin traitant :**

Nom :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

► **Médecin adresseur :**

Nom :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

► **Autres intervenants** (Centre de la douleur, kinésithérapie, psychologue...) :

Nom :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

DÉTAIL DES SYMPTÔMES NEUROLOGIQUES FONCTIONNELS

POIDS :

TAILLE :

IMC :



AIDES FONCTIONNELLES (matérielles ou humaines)

COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES ou ADDICTOLOGIQUES

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

TRAITEMENT ACTUEL avec les posologies et dates d'introduction

HISTORIQUE DES TRAITEMENTS REÇUS (pharmacologiques et non pharmacologiques)

HISTOIRE DE LA MALADIE (date d'apparition des symptômes, évolution des symptômes, hospitalisations)



PRESTATIONS SOCIALES (RQTH, AAH, longue maladie ou invalidité...)

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'examens 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 :