Ramsay Santé Clinique Ronsard	**Demande d'admission HDJ / HDN / rTMS**	Index	M289/FRMU/ACCU/009
		Version	1
		Date de mise en application :	Janvier 2025

PATIENT

Nom : …….. Prénom : ……

Né(e) le : …… N° de tél : ……..

Adresse : ……

N° de sécurité sociale : ……

Nom de la mutuelle : ……N° d'adhérent : ……..

Motif d'hospitalisation : ……..

TRAITEMENT ACTUEL → Joindre ordonnance(s)

HISTOIRE DE LA MALADIE

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

……

……

……

ANTECEDENTS SOMATIQUES

……

……

……

ALLERGIE(S) / REGIME

……

……

Ramsay Santé Clinique Ronsard	**Demande d'admission HDJ / HDN / rTMS**	Index	M289/FRMU/ACCU/009
		Version	1
		Date de mise en application :	Janvier 2025

SECTEUR		
☐ **HOSPITALISATION DE JOUR**	☐ **HOSPITALISATION DE NUIT**	☐ **rTMS**
PRISE EN CHARGE SOUHAITEE (HDJ)	**OBJECTIF(S) THERAPEUTIQUE**	**Merci de prescrire une ordonnance pour la réalisation d'une IRM en spécifiant :** ***Réalisation d'une IRM cérébrale en vue d'un protocole rTMS avec obtention d'un CD-ROM. Nécessité d'un cliché 3DT1***
☐ **Prise en charge cognitive** ☐ **Activités créatives** ☐ **Activités sportives** ☐ **Groupe de parole** ☐ **Prise en charge éducative** ☐ **Prise en charge sociale** ☐ **Autre(s) précisez :**	_____ _____ _____ _____ _____ _____	
DISPONIBILITÉS DU PATIENT		
☐ **LUNDI** ☐ **MARDI** ☐ **MERCREDI** ☐ **JEUDI** ☐ **VENDREDI** ☐ **Journée complète** ☐ **Demi-journée**	**DU LUNDI AU VENDREDI :** ☐ **1 nuit /semaine** ☐ **2 nuits /semaine** ☐ **3 nuits /semaine** ☐ **4 nuits /semaine** ☐ **5 nuits /semaine**	
DATE	**IDENTITE ET SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR**	

Cette fiche, accompagnée des ordonnances de traitement sont à transmettre à l'adresse email suivante : lydia.panier@ramsaysante.fr