

 Ramsay Santé Clinique Ronsard	Demande d'admission HDJ / HDN / rTMS	Index	M289/FRMU/ACC U/009
		Version	2
		Date de mise en application :	Novembre 2025

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

Directives anticipées

Conformément aux recommandations nationales, il est important d'informer les patients sur la possibilité de rédiger des directives anticipées. Cela permet à chacun d'exprimer, par avance, sa volonté concernant les soins qui pourraient être proposés en cas de situation critique. Nous vous remercions, en tant que professionnel correspondant, d'informer le patient de l'intérêt de disposer de directives anticipées et de les encourager, s'ils le souhaitent, à préparer ce document avant l'admission.

- Le patient a-t-il déjà rédigé des directives anticipées ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas
 → Si oui, merci de nous l'indiquer ou de joindre le document si le patient est d'accord.

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