



CENTRE HOSPITALIER
DU PAYS D'EYGURANDE

FORMULAIRE DE PRE ADMISSION

Unité Ambulatoire d'Evaluation en Santé Mentale

1 avenue du Dr ROULLET
19200 USSEL

Tel : 05 55 94 32 07 (standard CHPE)
05 55 96 43 11 (ligne directe)

Mail : smedical@cheygurande.mssante.fr

Ou par défaut, utiliser l'outil d'échange sécurisé BLUEFILES

Vous allez remplir une demande de pré admission concernant un de vos patients.

Cette action implique le transfert de données de santé aux professionnels de l'UHCU.

Selon l'article 1110-4 du Code de la santé publique, « *Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée ...* »

Je soussigné

Atteste par la présente avoir recueilli le consentement de M. / Mme au transfert des données de santé nécessaires à l'examen de la demande d'admission dans les services de l'UHCU et être en mesure de le communiquer à l'UHCU à la première demande.

DONNEES ADMINISTRATIVES ET SOCIALES DU PATIENT

***Nom :** **Prénom(s) :**

Né (e) le :/...../..... où :

Nationalité : Si nationalité étrangère : titre de séjour, n° carte de séjour, Validité :
.....

Adresse :

Téléphone : Email :

Situation familiale :

Profession : En activité : oui non

***Professionnel de santé adresseur :** nom et qualité :
.....

Etablissement/service :

Téléphone :

Email :

DONNEES CLINIQUES

Présentation du problème à accompagner sur l'unité ambulatoire :
.....
.....

La clinique :
.....
.....

Le traitement :
.....
.....
.....

Je soussigné,, ayant instruit la demande d'admission ci-dessus, accepte la collecte de mes données à caractère personnel. Afin de garantir la traçabilité des parcours, ces informations seront intégrées au dossier patient et conservées pendant 20 ans en cas d'acceptation de la demande. **Si la demande n'est pas acceptée**, les dossiers sont supprimés un mois après la transmission du refus.

VISA du Patient :

Formulaire à retourner par mail. Une réponse sera donnée sous 24 H

Si hospitalisation, se munir de ses cartes vitales, mutuelle, carte d'identité, traitements non déblistérés.