

Clinique Les Orchidées

2, rue de l'Église • 95580 Andilly
Tél. : 01 34 16 85 39 • Fax : 01 34 16 80 91
E-mail : admissions.andilly@emeis.com

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE LES ORCHIDÉES - PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

Hospitalisation Complète Hospitalisation de Jour Consultations

Si ambulatoire, préciser l'objectif de la prise en charge :

Coordonnées du patient adressé par vos soins

Sexe : F H Nom :
Prénom : Nom de jeune fille :
Lieu de naissance : Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
Adresse :
Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail :

Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ? Médecin psychiatre <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/>	Si vous n'êtes pas le médecin traitant, coordonnées du médecin traitant :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code Postal : _ _ _ _ _ Ville :	Code Postal : _ _ _ _ _ Ville :
Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _	Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _
E-mail :	E-mail :

Couverture sociale

Nom de l'assuré : CPAM RSI MSA LMDE SMEREP
N° d'immatriculation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Autre, préciser :
Assurance complémentaire :
Nom de la mutuelle : N° adhérent :
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Personne à prévenir en cas de nécessité

Nom : Prénom :
Adresse :
Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail :
Lien avec le patient :

Protection juridique

Tutelle Curatelle Autre, préciser :
Nom et coordonnées :

Clinique Les Orchidées

2, rue de l'Église • 95580 Andilly
Tél. : 01 34 16 85 39 • Fax : 01 34 16 80 91
E-mail : admissions.andilly@emeis.com

ÉLÉMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

Nom :

Prénom :

Motif Thérapeutique

- Troubles de l'humeur Troubles anxieux
 Schizophrénie, autres troubles psychotiques Troubles de la personnalité
 Troubles liés à une substance, préciser : Épuisement professionnel (burn-out)
 Troubles des conduites alimentaires Troubles du sommeil
 Autre :
- Troubles du comportement (agressivité...) : Oui Non Lesquels :
Idées suicidaires : Oui Non Commentaires :
Consommation de toxiques : Oui Non Lesquels :

Antécédents somatiques :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

État clinique somatique actuel :

Traitements en cours (somatique & psychiatrique) (Merci de joindre la dernière prescription par fax / par mail) :

Poids : Taille :
Appareillage : Oui Non Si oui, préciser :
Autonomie Mobilité réduite : Commentaires :
Allergies : Oui Non Si oui, préciser :
Suivi ambulatoire extérieur : Oui Non Si oui, avec qui :
Logement : Oui Non Commentaires :

Date souhaitée d'arrivée : Date de la demande :

Cachet du médecin :
Obligatoire si envoi par fax/courrier.
Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.

ENVOYER VOTRE DEMANDE

Coordonnées du Secrétariat Médical
Tél : 01 34 16 85 39 • Fax : 01 34 16 80 91
E-mail : admissions.andilly@emeis.com