

Clinique La Lironde

Boulevard de la Lironde
34980 Saint-Clément-de-Rivière
Tél. : 04 67 59 32 00 • Fax : 04 67 59 31 91
E-mail : admission.lironde@emeis.com

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE LA LIRONDE - PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

Hospitalisation Complète

Coordonnées du patient adressé par vos soins

Sexe : F H

Prénom :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : [][][][][][]

Ville :

Téléphone : []

Portable : []

E-mail :

Nom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : [][][][][][][][][][]

Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre

Médecin généraliste

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : [][][][][][] Ville :

Téléphone : []

E-mail :

Si vous n'êtes pas le médecin traitant,
coordonnées du médecin traitant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : [][][][][][] Ville :

Téléphone : []

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 La Lironde

Boulevard de la Lironde
 34980 Saint-Clément-de-Rivière
 Tél. : 04 67 59 32 00 • Fax : 04 67 59 31 91
 E-mail : admission.lironde@emeis.com

ÉLÉMENTS MÉDICAUX

CONFIDENTIELS

Nom :

Prénom :

Motif Thérapeutique

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur | <input type="checkbox"/> Troubles anxieux |
| <input type="checkbox"/> Schizophrénie, autres troubles psychotiques | <input type="checkbox"/> Troubles de la personnalité |
| <input type="checkbox"/> Troubles liés à une substance, préciser : | <input type="checkbox"/> Épuisement professionnel (burn-out) |
| <input type="checkbox"/> Troubles des conduites alimentaires | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil |
| <input type="checkbox"/> 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 : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, préciser : |
| Autonomie <input type="checkbox"/> | Mobilité réduite : <input type="checkbox"/> | Commentaires : |
| Allergies : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, préciser : |
| Suivi ambulatoire extérieur : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, avec qui : |
| Logement : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 : 04 67 59 32 00 • Fax : 04 67 59 31 91
 E-mail : admission.lironde@emeis.com