

## DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE LES TROIS LUCS - 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 :

Nom :

Prénom :

**Motif Thérapeutique**

- Troubles de l'humeur
- Schizophrénie, autres troubles psychotiques
- Troubles liés à une substance, préciser :
- Troubles des conduites alimentaires
- Autre :
- Troubles anxieux
- Troubles de la personnalité
- Épuisement professionnel (burn-out)
- Troubles du sommeil

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 : 04 91 93 92 80 • Fax : 04 91 93 05 79  
 E-mail : admissions.3lucs@emeis.com