

À remplir uniquement par le médecin adresseur

Patient connu de l'Etablissement : Oui Non

Motif de la demande

- Hospitalisation Complète Adulte Si Etudiant, cocher cette case
 Hospitalisation Complète Gériatrie
 Hospitalisation de Jour, préciser l'objectif de la prise en charge :

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 :

Motif d'hospitalisation

Antécédents somatiques :

Allergies : Oui Non Si Oui, préciser :

Antécédents psychiatriques :

Clinique Lyon Champvert

71, rue Benoist Mary • 69005 Lyon
Tél. : 04 37 49 33 23 • Fax : 04 37 49 33 33
Mail : admissions.champvert@emeis.com

ÉLÉMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

Nom :

Prénom :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

État clinique somatique actuel :

Autres éléments psychiatriques

Troubles du comportement (agressivité, fugue...) : Oui Non Lesquels :

Idées suicidaires : Oui Non Commentaires :

Consommation de toxiques : Oui Non Lesquels :

Démence / Trouble cognitif majeur Maladie d'Alzheimer Déambulation

Score MMS :

Patient porteur d'une infection : Oui Non Si Oui, préciser :

Antécédents Hospitalisation : Oui Non Si Oui, préciser :

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

IMC :

Hébergement stable: Oui Non Si Non, préciser :

Perte d'autonomie : Oui Non Si Oui, préciser :

Risque de chute : Oui Non Si Oui, préciser :

Suivi ambulatoire extérieur : Oui Non Si Oui, avec qui :

