**Clinique du Grand Pré**
Les Chaves • 63830 Durtol
Tél. : 04 73 60 79 72 • Fax : 04 73 60 79 73
E-mail : secmed.grandpre@emeis.com

# DEMANDE D'ADMISSION
# CLINIQUE DU GRAND PRÉ
# - PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

## Motif de la demande

☐ Hospitalisation Complète ☐ Hospitalisation de Jour

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 ☐ 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 du Grand Pré**
Les Chaves • 63830 Durtol
Tél. : 04 73 60 79 72 • Fax : 04 73 60 79 73
E-mail : secmed.grandpre@emeis.com

ÉLÉMENTS MÉDICAUX
# CONFIDENTIELS

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 73 60 79 72 • Fax : 04 73 60 79 73
E-mail : secmed.grandpre@emeis.com

Les données de santé collectées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique sécurisé par la Clinique. Ce traitement a pour finalité la gestion des demandes de préadmission réalisées par mail par un personnel de santé pour le compte de son patient : il est fondé sur le consentement du demandeur et de son patient. Les destinataires de ces données sont le personnel habilité de la Clinique et du siège du Groupe.