

DEMANDE D'ADMISSION
CLINIQUE CHÂTEAU DU BEL AIR
- 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

- | | |
|--|--|
| <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 : Oui Non Si oui, préciser :

Appareillage : Oui Non Commentaires :

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 69 49 11 00 • Fax : 01 69 49 71 18
E-mail : secmed.belair@emeis.com