



## Clinique La Chavannerie

19, rue Favre Garin • 69630 Chaponost  
Tél. : 04 78 16 00 30 • Fax : 04 78 16 00 33  
E-mail : admissions.chaponost@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...) :                          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lesquels :     |
| Idées suicidaires :  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Commentaires : |
| Consommation de toxiques :   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 78 16 00 30 • Fax : 04 78 16 00 33  
E-mail : admissions.chaponost@emeis.com