

## DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE LAUTRÉAMONT - PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur  
**ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS**

### Motif de la demande

Hospitalisation Complète                       Hospitalisation de Jour                       Hospitalisation de Nuit  
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 ?<br>Médecin psychiatre <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> | Si vous n'êtes pas le médecin traitant,<br>coordonnées du médecin traitant : |
| Nom :                                                                                                   | Nom :                                                                        |
| Prénom :                                                                                                | Prénom :                                                                     |
| Adresse :                                                                                               | Adresse :                                                                    |
| Code Postal :  _ _ _ _ _                       Ville :                                                  | Code Postal :  _ _ _ _ _                       Ville :                       |
| Téléphone :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _                                                                        | Téléphone :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _                                             |
| E-mail :                                                                                                | 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 Lautréamont

1, rue de Londres • 59120 Loos  
Tél. : 03 20 57 88 09 • Fax : 03 20 57 44 54  
E-mail : admissions2.lautreamont@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...) :  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 :                     | <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 : 03 20 57 88 09 • Fax : 03 20 57 44 54  
E-mail : admissions2.lautreamont@emeis.com