

Clinique Parassy
708, avenue des grandes platières
74190 PASSY
Tél. : 04 50 58 88 90 • Fax : 04 50 93 84 43
E-mail : sonya.aloui@emeis.com

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE PARASSY - 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 :

Clinique Parassy

708, avenue des grandes platières
74190 PASSY
Tél. : 04 50 58 88 90 • Fax : 04 50 93 84 43
E-mail : sonya.aloui@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 : 04 50 58 88 90 • Fax : 04 50 93 84 43
E-mail : sonya.aloui@emeis.com