

DEMANDE D'ADMISSION
CLINIQUE LE HAUT CLUZEAU
- PATIENT ADULTE -

Clinique Le Haut Cluzeau
Le Haut Cluzeau • 36800 Chasseneuil Tél. :
02 54 25 80 36 • Fax : 02 54 25 28 08
E-mail : chasseneuil@emeis.com

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

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 :

N° d'immatriculation : [][][][][][][][][][][][][][][][] CPAM RSI MSA LMDE SMEREP Autre, préciser :

Assurance complémentaire :

Nom de la mutuelle :

Téléphone : [][][][][][][][][][][][][][][][]

N° adhérent :

Personne à prévenir en cas de nécessité

Nom :

Adresse :

Code Postal : [][][][][][]

Téléphone : [][][][][][][][][][][][][][][][] Portable : [][][][][][][][][][][][][][][][] E-mail :

Lien avec le patient :

Prénom :

Ville :

Protection juridique

Tutelle Curatelle Autre, préciser :

Nom et coordonnées :

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 : 02 54 25 80 36 • Fax : 02 54 25 28 08

E-mail : chasseneuil@emeis.com