

## Clinique de L'Alliance

3, voie de l'Orchidée Sauvage • 93420 Villepinte  
Tél. : 01 49 36 81 80 • Fax : 01 49 36 81 81  
E-mail : admissions.alliance@emeis.com

# DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE DE L'ALLIANCE - PATIENT ADULTE -

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

### Motif de la demande

Hospitalisation Complète     Hospitalisation de Jour     Hospitalisation de Nuit     Consultations  
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 ? Médecin psychiatre <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/>	Si vous n'êtes pas le médecin traitant, 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 de L'Alliance

3, voie de l'Orchidée Sauvage • 93420 Villepinte  
Tél. : 01 49 36 81 80 • Fax : 01 49 36 81 81  
E-mail : admissions.alliance@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 :

#### 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 49 36 81 80 • Fax : 01 49 36 81 81  
E-mail : admissions.alliance@emeis.com