

**DEMANDE D'ADMISSION**  
**CLINIQUE DE L'EPINOY**  
**- PATIENT ADULTE -**

**À remplir uniquement par le médecin adresseur**  
**ELEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS**

Patient connu de l'Etablissement :  Oui  Non

**Motif de la demande**

- Hospitalisation Complète Adulte  
 Hospitalisation de Jour, préciser l'objectif de la prise en charge :  
 Hospitalisation de Nuit, *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 :

**Motif d'hospitalisation**

Antécédents somatiques :

Allergies :  Oui  Non Si Oui, préciser :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

État clinique somatique actuel :

