

Clinique de l'Épinois

200, rue Simone Veil • 59400 Cambrai
Tél. : 03 27 73 87 08 • Fax : 03 27 73 87 30
Mail : admission.epinois@emeis.com

DEMANDE D'ADMISSION

CLINIQUE DE L'ÉPINOY - Patient Mineur -

À remplir uniquement par le médecin adresseur

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

Hospitalisation Complète Hôpital de jour Hôpital de nuit

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 : |_|_|_|_|_|_|_|_| Âge :

Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre Médecin généraliste

Autre, préciser :

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 MGEN SMEREP

N° d'immatriculation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Autre, préciser :

Assurance complémentaire :

Nom de la mutuelle :

N° adhérent :

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Coordonnées des parents / représentants légaux

Mère

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail :

Père

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail :

Protection juridique

Tutelle Curatelle Autre, préciser :

Nom et coordonnées :

Clinique de l'Epinoy

200, rue Simone Veil • 59400 Cambrai
Tél. : 03 27 73 87 08 • Fax : 03 27 73 87 30
Mail : admission.epinoy@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 : | <input type="checkbox"/> Phobie scolaire |

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
aux coordonnées ci-dessous

Coordonnées du Secrétariat Médical
Tél : 03 27 73 87 08 • Fax : 03 27 73 87 30
E-mail : admission.epinoy@emeis.com