

## Clinique du Virval

180, rue André Trocmé  
62100 CALAIS

Tél : 03 21 17 11 11 • Fax : 03 21 17 11 10  
E-mail : infirmerie.duvirval@emeis.com

## DEMANDE D'ADMISSION

### CLINIQUE DU VIRVAL

À remplir uniquement par le médecin adresseur

### ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

#### Motif de la demande

Hospitalisation Complète

Hospitalisation de Jour

#### Motif de la demande

Dr Graziella CAIGNEZ-BOUTOILLE

Dr Daniel SIMON

Dr Ghassan TAKIEDDINE

Dr Abdennour HAMEK

Dr Pierrette FLAMENBAUM

Dr Francis VILEYN

Dr Philippe LEVEQUE

Dr Delphine HOCHART

Dr

#### 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 : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Mail : .....

#### COORDONNÉES DU/DES MÉDECIN(S)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre

Médecin généraliste

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Ville : .....

Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Mail : .....

Si vous n'êtes pas le médecin traitant,  
coordonnées du médecin traitant :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Ville : .....

Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Mail : .....

#### COUVERTURE SOCIALE

Nom de l'assuré

N° de Sécurité sociale : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

CPAM  RSI  MSA  LMDE CMU

SMEREP  Autre, Précisez : .....

Assurance complémentaire

Nom de la mutuelle : ..... N° adhérent : .....

Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

#### PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|

Ville : .....

Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Mail : ..... Lien avec le patient : .....

#### PROTECTION JURIDIQUE

Tutelle  Curatelle  Autre, précisez : .....

Nom, Coordonnées : .....

**ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS**  
**CONFIDENTIELS**

Nom : ..... Prénom : .....

**MOTIF THÉRAPEUTIQUE**

Connaissance du diagnostique :  OUI  NON

Principal : .....

Secondaire(s) : .....

**ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES PERSONNELS :**

Date d'apparition des premiers symptômes : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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, préciser : .....

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**  
**AUX COORDONNEES CI-DESSOUS**

**Coordonnées du Secrétariat Médical**  
**Tél : 03 21 17 11 11 • Fax : 03 21 17 11 10**  
**E-mail : infirmerie.duval@emeis.com**

## FICHE RÉCAPITULATIVE DES CONTRE-INDICATIONS EN HYDROTHERAPIE ET ACTIVITÉS PHYSIQUES ADAPTÉES (APA)



Nom / Prénom .....

Date de naissance :

Date de l'évaluation :

Signature du médecin traitant :

### VEUILLEZ COCHER LES CONTRE-INDICATIONS CONCERNÉES

Piscine	Sauna	Baignoire hydromassante	Baignoire O'Nitude	Baignoire sèche médicale	Activités Physiques Adaptées
Patient sous traitement antibiotique <input type="checkbox"/>	Patient porteur d'un pacemaker <input type="checkbox"/>	Insuffisance veineuse <input type="checkbox"/>	Hernie discale <input type="checkbox"/>	Femme enceinte <input type="checkbox"/>	Contre-indications : Oui <input type="checkbox"/> Lesquelles ?
Patient contagieux <input type="checkbox"/>	Patient porteur d'un cathéter central <input type="checkbox"/>	Ulcères de jambes <input type="checkbox"/>	Sciaticque <input type="checkbox"/>	Traitement de la peau par abrasion <input type="checkbox"/>	
Problématique cutanée (psoriasis en poussée), mycoses, ongles incarnés <input type="checkbox"/>	Patient dont l'IMC est inférieur à 17,5 <input type="checkbox"/>	Dermatose <input type="checkbox"/>	Intervention chirurgicale dorsale <input type="checkbox"/>	Mineur de moins de 18 ans <input type="checkbox"/>	
Incontinence urinaire ou fécale <input type="checkbox"/>	Patient ayant subi un curage ganglionnaire <input type="checkbox"/>	Dermatite infectieuse <input type="checkbox"/>	Insuffisance veineuse <input type="checkbox"/>	Claustrophobie <input type="checkbox"/>	
Insuffisance respiratoire sévère <input type="checkbox"/>	Patient asthmatique <input type="checkbox"/>	Poids supérieur à 110 kg <input type="checkbox"/>	Ulcères de jambes <input type="checkbox"/>	Médicaments ou préparation végétale provoquant une hypersensibilisation (ATB, anti-rhumatismaux,...) <input type="checkbox"/>	
Insuffisance cardiaque sévère <input type="checkbox"/>	Patient de plus de 65ans <input type="checkbox"/>		Dermatose <input type="checkbox"/>	Maladies provoquées par la sensibilité de la lumière <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Insuffisance respiratoire sévère <input type="checkbox"/>		Dermatite infectieuse <input type="checkbox"/>	Épilepsie <input type="checkbox"/>	
	Patient sous bêtabloquant à forte dose <input type="checkbox"/>		Obésité <input type="checkbox"/>	Poids supérieur à 120 kg <input type="checkbox"/>	
	Patient sous anticoagulant <input type="checkbox"/>		Otite <input type="checkbox"/>		
	Insuffisance cardiaque sévère <input type="checkbox"/>		Personne à mobilité réduite <input type="checkbox"/>		
	Hypertension artérielle sévère <input type="checkbox"/>		Fibromyalgie <input type="checkbox"/>		