

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...) :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lesquels :
Idées suicidaires :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Commentaires :
Consommation de toxiques :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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

Coordonnées du Secrétariat Médical

Tél. : 01 41 14 15 00 • Fax : 01 46 26 87 88

E-mail : admission.maisondesante@emeis.com