

Fiche de DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE LAUTRÉAMONT

Pour toutes demandes d'hospitalisation, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner cette **fiche** accompagnée **d'un courrier médical**. Afin que votre demande soit examinée dans les plus brefs délais, merci de nous faire parvenir les documents suivants :

- Attestation de droits à la Caisse d'Assurance maladie à jour ;
- Copie recto/ verso de votre carte mutuelle ;
- Copie de l'attestation de responsabilité civile ;
- Pièce d'identité ;
- Livret de famille ;
- Pour les demandes d'hospitalisation complète : courrier du médecin psychiatre ou le cas échéant du médecin traitant ;
- Pour les demandes d'hospitalisation de jour: courrier du médecin psychiatre **impérativement**

Si il y a lieu :

- Jugement du juge aux affaires familiales ;
- Jugement du juge pour enfant.

Vous souhaitez faire une demande d'hospitalisation en :

HC (*Hospitalisation Complète*) **HDJ** (*Hospitalisation De Jour*) **HDN** (*Hospitalisation De Nuit*)

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom : Prénom :

Date de naissance : Âge :

Nationalité :

Représentant légal :

Situation des parents : Mariés ou vivant maritalement Séparés/ Divorcés Veuf/Neuve

**L'hospitalisation d'un Mineur nécessite l'autorisation écrite des deux parents
ou du représentant légal (Loi du 4 mars 2002, art.372 du Code Civil)**

En cas de l'impossibilité des deux parents :

Je soussigné(e) M. ou Mme en tant que représentant légal certifie
avoir prévenu la deuxième personne ayant l'autorité parentale de cette demande d'hospitalisation.

Signature:

Clinique Lautréamont

SARL Clinique du Château de Loos

1 rue de Londres - 59120 LOOS

Tél. : 03.20.57.88.09 - Fax : 03.20.57.44.54

Siret : 45402081900024

Un établissement



Adresse:

Téléphone :

Personne à prévenir :

Nom Prénom: Lien de parenté:

Couverture santé

Mutuelle : OUI NON, si oui laquelle

CMU : OUI NON

ALD (*Affection Longue Durée*) OUI NON, si oui, validité de à

INFORMATIONS SOCIO-EDUCATIVES ET JUDICIAIRES

Patient sous mesure judiciaire : OUI NON

Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle Tutelle aux prestations sociales

Si oui :

Personne à prévenir :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél :

Mesure d'accompagnement éducatif : OUI NON, si oui :

AEMO Placement APJM OFDAJ

Référent ASE : Nom

Prénom :

Adresse :

Tél :

Organisme AEMO : Nom

Prénom :

Adresse :

Tél :

Si placement: Coordonnées ASFAM ou Foyer :

Nom

Adresse :

Tél :

Clinique Lautreámont

SARL Clinique du Château de Loos

1 rue de Londres - 59120 LOOS

Tél. : 03.20.57.88.09 - Fax : 03.20.57.44.54

Siret : 45402081900024

Un établissement



INFORMATIONS SCOLAIRES OU PROFESSIONNELLES

Scolarisé(e) : OUI NON

Si OUI, scolarisé(e) en classe de :

Si NON, déscolarisé(e) depuis le :

Scolarité suspendue depuis le :

Établissement scolaire :

En activités professionnelles Autres :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Motif d'hospitalisation :

Médecin adresseur : Psychiatre Médecin généraliste

Nom : Dr.

Adresse :

Téléphone :

Fax : Mail :

Médecin référent (= médecin traitant) : *(si différent du médecin adresseur)*

Nom : Dr.

Adresse:

Téléphone:

Fax : Mail :

Êtes-vous suivi(e) par un psychiatre? : OUI NON

Nom : Dr.

Adresse:

Téléphone:

Fax : Mail :

Antécédent(s) Majeur(s) :

.....
.....
.....
.....

Allergie(s) :

.....
.....
.....
.....

Clinique Lautreámont

SARL Clinique du Château de Loos

1 rue de Londres - 59120 LOOS

Tél. : 03.20.57.88.09 - Fax : 03.20.57.44.54

Siret : 45402081900024

Un établissement

