

# DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE KERFRIDEN - PATIENT ADULTE -

**Clinique Kerfriden**  
24, Grand Rue • 29150 Châteaulin  
Tél. : 02 98 86 71 04 • Fax : 02 98 86 12 53  
E-mail : admissions.kerfriden@orpea.net

À remplir uniquement par le médecin adresseur  
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

## Motif de la demande

Hospitalisation Complète                       Hospitalisation de Jour                       Consultations  
Si ambulatoire, préciser l'objectif de la prise en charge :

## 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 : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|                      E-mail :

## Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ? Médecin psychiatre <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> 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     LMDE     SMEREP  
N° d'immatriculation : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|     Autre, préciser :  
**Assurance complémentaire :**  
Nom de la mutuelle :    N° adhérent :  
Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## Personne à prévenir en cas de nécessité

Nom :    Prénom :  
Adresse :  
Code Postal : |\_|\_|\_|\_|\_|    Ville :  
Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|                      Portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|                      E-mail :  
Lien avec le patient :

## Protection juridique

Tutelle     Curatelle     Autre, préciser :  
Nom et coordonnées :

# ÉLÉMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

**Clinique Kerfriden**

24, Grand Rue • 29150 Châteaulin  
Tél. : 02 98 86 71 04 • Fax : 02 98 86 12 53  
E-mail : admissions.kerfriden@orpea.net

Nom :

Prénom :

## Motif Thérapeutique

- Troubles de l'humeur  
 Schizophrénie, autres troubles psychotiques  
 Troubles liés à une substance, préciser :  
 Troubles des conduites alimentaires  
 Autre :  
Troubles du comportement (agressivité...) :  Oui  Non Lesquels :  
Idées suicidaires :  Oui  Non Commentaires :  
Consommation de toxiques :  Oui  Non Lesquels :
- Troubles anxieux  
 Troubles de la personnalité  
 Épuisement professionnel (burn-out)  
 Troubles du sommeil

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, avec qui :  
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**

**Coordonnées du Secrétariat Médical**  
Tél : 02 98 86 71 04 • Fax : 02 98 86 12 53  
E-mail : admissions.kerfriden@orpea.net