



CLINEA PSYCHIATRIE FRANCE



CLINIQUE KERFRIDEN
CHATEAULIN

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

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE KERFRIDEN - PATIENT ADULTE -

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)

<p>Êtes-vous ? Médecin psychiatre <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/></p> <p>Nom : Prénom : Adresse : Code Postal : _ _ _ _ _ Ville : Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ E-mail :</p>	<p>Si vous n'êtes pas le médecin traitant, coordonnées du médecin traitant :</p> <p>Nom : Prénom : Adresse : Code Postal : _ _ _ _ _ Ville : Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ E-mail :</p>
--	--

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 :



CLINEA PSYCHIATRIE FRANCE



CLINIQUE KERFRIDEN
CHATEAULIN

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

ÉLÉMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

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

Les données de santé collectées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique sécurisé par la Clinique. Ce traitement a pour finalité la gestion des demandes de préadmission réalisées par mail par un personnel de santé pour le compte de son patient : il est fondé sur le consentement du demandeur et de son patient. Les destinataires de ces données sont le personnel habilité de la Clinique et du siège du Groupe ORPEA.