



CLINEA PSYCHIATRIE FRANCE



LA PSYCHIATRIE MARSEILLE MÉTROPOLÉ
MARSEILLE

Clinique Les Trois Lucs

28, traverse de la Salette • 13012 Marseille
Tél. : 04 91 93 92 80 • Fax : 04 91 93 05 79
E-mail : admissions.3lucs@orpea.net

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE LES TROIS LUCS - PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

Hospitalisation Complète

Coordonnées du patient adressé par vos soins

Sexe : F H

Prénom :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : [][][][][]

Ville :

Téléphone : [][][][][][][][][][] Portable : [][][][][][][][][][] E-mail :

Nom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : [][][][][][][][][][]

Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre Médecin généraliste

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 :



CLINEA PSYCHIATRIE FRANCE



LA PSYCHIATRIE MARSEILLE MÉTROPOLE
MARSEILLE

Clinique Les Trois Lucs

28, traverse de la Salette • 13012 Marseille

Tél. : 04 91 93 92 80 • Fax : 04 91 93 05 79

E-mail : admissions.3lucs@orpea.net

ÉLÉMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

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 : 04 91 93 92 80 • Fax : 04 91 93 05 79
E-mail : admissions.3lucs@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.