

# DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE L'EMERAUDE - PATIENT ADULTE -

**Clinique L'Emeraude**  
34, traverse de la Seigneurie • 13009 Marseille  
Tél. : 04 91 40 92 38 • Fax : 04 91 40 92 30  
E-mail : admission.emeraude@orpea.net

À remplir uniquement par le médecin adresseur  
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

## Motif de la demande

Hospitalisation Complète                       Hospitalisation de Jour                       Hospitalisation de Nuit  
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 L'Emeraude**  
34, traverse de la Seigneurie • 13009 Marseille  
Tél. : 04 91 40 92 38 • Fax : 04 91 40 92 30  
E-mail : admission.embraude@orpea.net

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...) :  Oui  Non Lesquels :

Idées suicidaires :  Oui  Non Commentaires :

Consommation de toxiques :  Oui  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 :  Oui  Non Si oui, préciser :

Appareillage :  Oui  Non Commentaires :

Autonomie  Mobilité réduite :  Si oui, préciser :

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 : 04 91 40 92 38 • Fax : 04 91 40 92 30

E-mail : admission.embraude@orpea.net