



CLINEA PSYCHIATRIE FRANCE



LA PSYCHIATRIE RHÔNE MÉTROPOLÉ
LYON

Clinique La Chavannerie

19, rue Favre Garin • 69630 Chaponost
Tél. : 04 78 16 00 30 • Fax : 04 78 16 00 33
E-mail : admission.chaponost@orpea.net

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE LA CHAVANNERIE - PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

Hospitalisation Complète

Hospitalisation de Jour

Si ambulatoire, préciser l'objectif de la prise en charge :

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 :

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 : 04 78 16 00 30 • Fax : 04 78 16 00 33
E-mail : admission.chaponost@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.