



CLINEA PSYCHIATRIE FRANCE



CLINIQUE LAUTRÉAMONT  
LOOS

**Clinique Lautréamont**

1, rue de Londres • 59120 Loos  
Tél. : 03 20 57 88 09 • Fax : 03 20 57 44 54  
E-mail : admissions2.lautreamont@orpea.net

## DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE LAUTRÉAMONT - PATIENT ADULTE -

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 :



CLINEA PSYCHIATRIE FRANCE



CLINIQUE LAUTRÉAMONT  
LOOS

**Clinique Lautréamont**

1, rue de Londres • 59120 Loos  
Tél. : 03 20 57 88 09 • Fax : 03 20 57 44 54  
E-mail : admissions2.lautreamont@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 : 03 20 57 88 09 • Fax : 03 20 57 44 54  
E-mail : admissions2.lautreamont@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.