



DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE PARASSY - PATIENT ADULTE -

Clinique Parassy

928, av. du Docteur Jacques Arnaud
74190 Plateau d'Assy
Tél. : 04 50 58 88 90 • Fax : 04 50 93 84 43
E-mail : secmed.parassy@orpea.net

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 : _____

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 : _____



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 50 58 88 90 • Fax : 04 50 93 84 43
E-mail : secmed.parassy@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.