



CLINEA PSYCHIATRIE FRANCE

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE CASTELVIEL - PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS



CLINIQUE CASTELVIEL
CASTELMAUROU

Clinique Castelviel

Chemin des Affieux • 31180 Castelmaurou
Tél. : 05 62 22 90 13 • Fax : 05 62 22 90 50
E-mail : admissions.castelviel@orpea.net

Motif de la demande

- Hospitalisation Complète Hospitalisation de Jour TCA (Troubles du Comportement Alimentaire)
 Unité Consultations Spécialisées (Consultation Réactive) Consultations externes

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 :



CLINEA PSYCHIATRIE FRANCE



CLINIQUE CASTELVIEL
CASTELMAUROU

Clinique Castelviel

Chemin des Affieux • 31180 Castelmaurou
Tél. : 05 62 22 90 13 • Fax : 05 62 22 90 50
E-mail : admissions.castelviel@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...) : 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 : |
| 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 : 05 62 22 90 13 • Fax : 05 62 22 90 50
E-mail : admissions.castelviel@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.