

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE DU PONT DU GARD - PATIENT ADULTE -

Clinique du Pont du Gard
2, avenue du Pont du Gard • 30210 Remoulins
Tél. : 04 66 37 69 02 • Fax : 04 66 37 66 48
E-mail : admission.pontdugard@orpea.net

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

Hospitalisation Complète Unité des troubles psychotraumatiques Unité Burn Out

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"/>	Si vous n'êtes pas le médecin traitant, coordonnées du médecin traitant :
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Code Postal : [][][][][][] Ville : _____	Code Postal : [][][][][][] Ville : _____
Téléphone : [][][][][][][][][][][][][][][][][]	Téléphone : [][][][][][][][][][][][][][][][][]
E-mail : _____	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 du Pont du Gard
2, avenue du Pont du Gard • 30210 Remoulins
Tél. : 04 66 37 69 02 • Fax : 04 66 37 66 48
E-mail : admission.pontdugard@orpea.net

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 66 37 69 02 • Fax : 04 66 37 66 48
E-mail : admission.pontdugard@orpea.net