



CLINEA PSYCHIATRIE FRANCE



**Clinique Villa Montsouris**

115, rue de la Santé • 75013 Paris  
Tél. : 01 40 78 80 97 • Fax : 01 40 78 80 85  
E-mail : admissions.montsouris@orpea.net

## DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE VILLA MONTSOURIS - PATIENT ADULTE -

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 :

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 :



Nom :

Prénom :

## Motif Thérapeutique

- Troubles de l'humeur
- Schizophrénie, autres troubles psychotiques
- Troubles liés à une substance, préciser :
- Troubles des conduites alimentaires
- Autre :
- Troubles anxieux
- Troubles de la personnalité
- Épuisement professionnel (burn-out)
- Troubles du sommeil

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 :                             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 : 01 40 78 80 97 • Fax : 01 40 78 80 85  
E-mail : admissions.montsouris@orpea.net