



Clinique L'Abbaye  
VIRY-CHÂTILLON

### Clinique l'Abbaye

2, rue Horace de Choiseul • 91170 Viry Chatillon  
Tél. : 01 69 12 64 42 • Fax : 01 69 12 64 44  
E-mail : admission.abbaye@orpea.net

## DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE L'ABBAYE - 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 :



Clinique L'Abbaye  
VIRY-CHÂTILLON

**Clinique l'Abbaye**

2, rue Horace de Choiseul • 91170 Viry Chatillon

Tél. : 01 69 12 64 42 • Fax : 01 69 12 64 44

E-mail : [admission.abbaye@orpea.net](mailto:admission.abbaye@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 :  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 69 12 64 42 • Fax : 01 69 12 64 44

E-mail : [admission.abbaye@orpea.net](mailto:admission.abbaye@orpea.net)