

À remplir uniquement par le médecin adresseur

ELEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

Patient connu de l'Etablissement : Oui Non

Motif de la demande

- Hospitalisation Complète Adulte
 Hospitalisation Complète Gériatrie

Patient actuellement hospitalisé : Oui Non
A préciser :

Coordonnées du patient adressé par vos soins

Sexe : F H

Prénom :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_|

Ville :

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **E-mail (obligatoire) :**

Partie réservée à la clinique

Psychiatre (initiales) :

ADMISSION : Oui Non

COMMISSION :

DEMANDE INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

Nom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Âge :

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 :

Motif d'hospitalisation

Antécédents somatiques :

Allergies : Oui Non Si Oui, préciser :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

État clinique somatique actuel :

