

# DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE DU CHÂTEAU DE VILLEBOUZIN - PATIENT ADULTE -

Clinique du Château de Villebouzin  
Rue André Chermette  
91310 Longpont-sur-Orge  
Tél. : 01 69 63 20 31 • Fax : 01 69 63 21 00  
E-mail : admission.villebouzin@orpea.net  
admission2.villebouzin@orpea.net

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 :

## ÉLÉMENTS MÉDICAUX

# CONFIDENTIELS

**Clinique du Château de Villebouzin**  
Rue André Chermette  
91310 Longpont-sur-Orge  
Tél. : 01 69 63 20 31 • Fax : 01 69 63 21 00  
E-mail : admission.villebouzin@orpea.net  
admission2.villebouzin@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 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 :  Oui  Non Si oui, préciser :
- Appareillage :   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 63 20 31 • Fax : 01 69 63 21 00  
E-mail : [admission.villebouzin@orpea.net](mailto:admission.villebouzin@orpea.net)  
[admission2.villebouzin@orpea.net](mailto:admission2.villebouzin@orpea.net)