



CLINEA PSYCHIATRIE FRANCE



LA PSYCHIATRIE RHÔNE MÉTROPÔLE
LYON

Clinique Lyon Lumière

33 bis, rue du 8 mai 1945 • 69330 Meyzieu
Tél. : 04 37 44 37 18 • Fax : 04 37 44 37 05
E-mail : lyonlumiere@orpea.net

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE LYON LUMIÈRE - 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 :

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...) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Lesquels : |
| Idées suicidaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Commentaires : |
| Consommation de toxiques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser :
Autonomie <input type="checkbox"/>	Mobilité réduite : <input type="checkbox"/> Commentaires :
Allergies :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser :
Suivi ambulatoire extérieur :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, avec qui :
Logement :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Commentaires :

Date souhaitée d'arrivée :

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 37 44 37 18 • Fax : 04 37 44 37 05

E-mail : lyonlumiere@orpea.net

Les données de santé collectées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique sécurisé par la Clinique. Ce traitement a pour finalité la gestion des demandes de préadmission réalisées par mail par un personnel de santé pour le compte de son patient : il est fondé sur le consentement du demandeur et de son patient. Les destinataires de ces données sont le personnel habilité de la Clinique et du siège du Groupe ORPEA.