

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE LA CHAVANNERIE - PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

 Hospitalisation Complète Hospitalisation de Jour

Si ambulatoire, préciser l'objectif de la prise en charge :

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 :

N° d'immatriculation : []

Assurance complémentaire :

Nom de la mutuelle :

Téléphone : []

CPAM RSI MSA LMDE SMEREP

Autre, préciser :

N° adhérent :

Personne à prévenir en cas de nécessité

Nom :

Adresse :

Code Postal : [][][][][][]

Téléphone : [] Portable : [] E-mail :

Lien avec le patient :

Prénom :

Ville :

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...) : 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 : 04 78 16 00 30 • Fax : 04 78 16 00 33
E-mail : admissions.chaponost@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.