

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE DU GRAND PRÉ - 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

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Lieu de naissance :

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

Adresse :

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

Ville :

Téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Portable : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

E-mail :

Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre Médecin généraliste

Si vous n'êtes pas le médecin traitant,
coordonnées du médecin traitant :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

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

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

Téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

E-mail :

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...) : 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 73 60 79 72 • Fax : 04 73 60 79 73

Mail : admission-limagne@orpea.net