

# DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE DE CHÂTILLON - PATIENT ADULTE -

539 Rue Sainte Clémence  
Tél : 04 50 13 20 20  
Fax : 04 50 13 21 99

À remplir uniquement par le médecin adresseur  
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

- Hospitalisation Complète  Hospitalisation de Jour
- USPS (professionnels de santé)

## Coordonnées du patient adressé par vos soins

Sexe :  F  H  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : |\_\_\_\_\_| Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : |\_\_\_\_\_|  
Nom : \_\_\_\_\_  
Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : |\_\_| |\_\_| |\_\_\_\_\_|  
Profession : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Portable : |\_\_\_\_\_| E-mail : \_\_\_\_\_

## Coordonnées du/des médecin(s)

<p>Êtes-vous ? Médecin psychiatre <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/></p> <p>Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Code Postal :  _____  Ville : _____ Téléphone :  _____  E-mail : _____</p>	<p>Si vous n'êtes pas le médecin traitant, coordonnées du médecin traitant :</p> <p>Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Code Postal :  _____  Ville : _____ Téléphone :  _____  E-mail : _____</p>
--	---

## 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 :

Tutelle  Curatelle  Autre, préciser : \_\_\_\_\_  
Nom et coordonnées :

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                 |

 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 :Hébergement stable :  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 50 13 20 00 • Fax : 04 50 13 21 99

E-mail : [secmed.chatillon@orpea.net](mailto:secmed.chatillon@orpea.net)