

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

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