



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 :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)

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