





CLINEA PSYCHIATRIE FRANCE



CLINIQUE DE L'ISLE  
CROSNE

**Clinique de L'Isle**

2, place Boileau • 91560 Crosne  
Tél. : 01 69 49 49 09 • Fax : 01 69 49 43 75  
E-mail : admissions.islelemoulin@orpea.net

## 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 :                     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, préciser : |
| Autonomie <input type="checkbox"/> | Mobilité réduite : <input type="checkbox"/>               | Commentaires :     |
| Allergies :                        | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, préciser : |
| Suivi ambulatoire extérieur :      | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, avec qui : |
| Logement :                         | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 : 01 69 49 49 09 • Fax : 01 69 49 43 75  
E-mail : admissions.islelemoulin@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.