

CLINIQUE MARIIGNY - SAINT LOUP CAMMAS

FICHE DE DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

(A remplir par le médecin demandeur de l'hospitalisation)

Tél : 05 62 22 98 40 / Fax : 05 61 35 02 82

Date de la demande :

Coordonnés du patient

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél :

Numéro de sécurité sociale :

Mutuelle :

Coordonnées de la personne à prévenir

Nom et Prénom :

Lien de parenté :

Tél :

L'hospitalisation du patient

Patient sous protection juridique : OUI NON

Si oui précisez :

Tél :

Motif d'hospitalisation :

.....

Antécédents psychiatriques :

.....

Risque suicidaire : OUI NON

Niveau du risque : FAIBLE MOYEN ELEVE

Antécédents d'hospitalisation en milieu psychiatrique : OUI NON

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....

BMR : OUI NON si oui lesquels :

Boire et Manger	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Dépendance partielle	<input type="checkbox"/> Dépendance totale
Se Mouvoir	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Dépendance partielle	<input type="checkbox"/> Dépendance totale
Se vêtir, se dévêtir	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Dépendance partielle	<input type="checkbox"/> Dépendance totale
Eliminer	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Dépendance partielle	<input type="checkbox"/> Dépendance totale

Traitement médicamenteux en cours :

.....

Nom et signature du médecin demandeur