

DEMANDE D'ADMISSION LA BASTIDE DE CALLIAN - PATIENT ADULTE -

La Bastide de Callian
Chemin des Moulins • 83440 Callian
Tél. : 04 94 39 90 60 • Fax : 04 94 39 90 69
E-mail : admission.bastidecallian@orpea.net

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

Hospitalisation Complète

Coordonnées du patient adressé par vos soins

Sexe : F H

Prénom :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : [][][][][][]

Ville :

Téléphone : [][][][][][][][][][][][]

Portable : [][][][][][][][][][][][]

E-mail :

Nom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : [][] [][] [][][][][][]

Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre

Médecin généraliste

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : [][][][][][] Ville :

Téléphone : [][][][][][][][][][][][]

E-mail :

Si vous n'êtes pas le médecin traitant,
coordonnées du médecin traitant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : [][][][][][] Ville :

Téléphone : [][][][][][][][][][][][]

E-mail :

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 :

Protection juridique

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 |
| <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) :*

Examens complémentaires récents (moins de 1 mois) :

IMPORTANT : joindre les copies du dernier bilan sanguin

Taille :	Poids :	
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 : 04 94 39 90 60 • Fax : 04 94 39 90 69

E-mail : admission.bastidecallian@orpea.net