

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

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

Rencontrez-vous ce patient pour la 1^{ère} fois ? Oui Non

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 : Oui Non Si oui, préciser :
Autonomie : Mobilité réduite : Commentaires :
Allergies : Oui Non Si oui, préciser :
Suivi ambulatoire extérieur : Oui Non Si oui, avec qui :
Logement à la sortie de la clinique : 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 94 39 90 60 • Fax : 04 94 39 90 69
E-mail : admission.bastidecallian@emeis.com

LETTRE DE MOTIVATION et OBJECTIFS DE L'HOSPITALISATION
A REMPLIR PAR LE PATIENT

Fait à :

Le : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Prénom Nom :

Signature :