





**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

## ÉLÉMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

A remplir uniquement par le médecin adresseur

Nom :

Prénom :

### Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre  Médecin généraliste

Rencontrez-vous ce patient pour la 1<sup>ère</sup> 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 :

### Motif Thérapeutique

Troubles de l'humeur

Schizophrénie, autres troubles psychotiques

Troubles liés à une substance, préciser :

Troubles des conduites alimentaires

Autre :

Troubles du comportement (agressivité...) :  Oui  Non Lesquels :

Idées suicidaires :  Oui  Non Commentaires :

Consommation de toxiques :  Oui  Non Lesquels :

Troubles anxieux

Troubles de la personnalité

Épuisement professionnel (burn-out)

Troubles du sommeil

Antécédents

somatiques :

Antécédents

psychiatriques :

Histoire

de la maladie :

État clinique

psychique actuel :

État clinique

somatique actuel :



**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

## ÉLÉMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

A remplir uniquement par le médecin adresseur

Traitements en cours (somatique & psychiatrique) *(Merci de joindre la dernière prescription par fax / par mail) :*

Examens complémentaires récents (moins de 1 mois) :

**IMPERATIF : joindre les copies du dernier bilan biologique complet datant de moins de 1 mois**

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@orpea.net

**Afin que nous puissions réaliser un accompagnement efficient,  
quelles sont vos attentes quant à votre prise en charge au sein de la clinique ?**

A remplir par le patient

**Fait à :**

**Le :**

**Prénom Nom :**

**Signature :**