

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 Nom :
Prénom : Nom de jeune fille :
Lieu de naissance : Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Adresse :
Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail :

Coordonnées du/des médecin(s)

<p>Êtes-vous ? Médecin psychiatre <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/></p> <p>Nom : Prénom : Adresse : Code Postal : _ _ _ _ _ Ville : Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ E-mail :</p>	<p>Si vous n'êtes pas le médecin traitant, coordonnées du médecin traitant :</p> <p>Nom : Prénom : Adresse : Code Postal : _ _ _ _ _ Ville : Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ E-mail :</p>
--	--

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