Clinique La Bastide de Callian
569 Chemin des Moulins - 83440 Callian
Tél. : 04 94 39 90 60
E-mail : admission.bastidecallian@emeis.com

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

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à la **Clinique La Bastide de Callian**.

Pour préparer votre admission au sein de l'établissement, nous vous invitons à suivre **les étapes déclinées ci-dessous**.

Une fois la demande renseignée, nous vous prions de **cocher les cases correspondantes** des différentes rubriques.

Toutes les pièces demandées sont **obligatoires.**

PIÈCES À FOURNIR POUR LA COMPLETUDE ET L'ETUDE DU DOSSIER

A COMPLETER PAR LE PATIENT	
1. Eléments administratifs	☐
2. Situation sociale du patient et 2.1. Attestation d'hébergement par un tiers	☐
3. Lettre de motivation* et 3.1. Engagement thérapeutique * Pour une demande d'hospitalisation pour sevrage de toxiques : engagement écrit du patient avec son accord de respect du contrat de soins et de l'absence d'autorisation de sortie thérapeutique durant les 3 premières semaines de son séjour.	☐
A COMPLETER PAR LE MEDECIN ADRESSEUR	
4. Eléments médicaux	☐
5. Eléments psychiatriques	☐
6. Bilan biologique de moins de 1 mois	☐
7. Ordonnance de traitement de moins de 3 mois	☐
8. Compte-rendu ou lettre de liaison des éventuelles précédentes hospitalisations	☐

Vous pouvez envoyer votre dossier complété :

- **par email :** admission.bastidecallian@emeis.com
- **par courrier :** 569 Chemin des Moulins - 83440 Callian

Votre demande sera examinée **par le Collège Médical pour évaluation** de l'indication et la pertinence de l'hospitalisation.

A la suite de la commission médicale d'Etablissement, nous vous contacterons afin de **vous informer de l'acceptation ou du refus de votre demande.**

Pour les réponses faites par mail, nous vous invitons **à vérifier vos spams.**

1. ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS – IDENTIFICATION DU PATIENT
A REMPLIR PAR LE PATIENT

NOM

NOM DE NAISSANCE

Prénom

Date de naissance

Age

Numéro de sécurité sociale

Adresse

Code postal

N° de téléphone

Adresse mail

Nom et N° de téléphone du proche aidant

2. SITUATION SOCIALE DU PATIENT
A REMPLIR PAR LE PATIENT

Situation familiale ☐ **Marié** ☐ **Célibataire** ☐ **PACS** ☐ **Concubinage** ☐ **Divorcé** ☐ **Veuf**

Enfant ☐ **Oui** ☐ **Non**

Si oui, combien ? Et quel âge ?

Situation professionnelle ☐ **En activité** ☐ **Chômage** ☐ **Invalidité** ☐ **Retraité** ☐ **Arrêt maladie**

Profession

Le patient a-t-il un logement ? ☐ **Oui** ☐ **Non** ☐ **Hébergé par un tiers**
(joindre l'attestation d'hébergement par le tiers avec CNI)

Tutelle/Curatelle ☐ **Oui** ☐ **Non** Nom du contact

Le patient dispose-t-il d'une mutuelle ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Si oui, nom de la mutuelle

Un établissement emeis
Clinique La Bastide de Callian - 569 Chemin des Moulins - 83440 CALLIAN - T. 04 94 39 90 60
E-mail : admission.bastidecallian@emeis.com

2.1. ATTESTATION D'HEBERGEMENT PAR UN TIERS

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (Nom et Prénom)

Demeurant

S'engage à héberger Madame, Monsieur (Nom et Prénom)

à la fin de son séjour au sein de la clinique La Bastide de Callian ou plus tôt, si l'hospitalisation devait être interrompue.

DOCUMENT A JOINDRE IMPERATIVEMENT :

- Copie recto/verso de la pièce d'identité du tiers

Fait à

Le

Signature

Un établissement emeis
Clinique La Bastide de Callian - 569 Chemin des Moulins - 83440 CALLIAN - T. 04 94 39 90 60
E-mail : admission.bastidecallian@emeis.com

3. LETTRE DE MOTIVATION
A REALISER PAR LE PATIENT

Fait à

Le

Prénom et Nom du patient

Signature

Un établissement emeis

Clinique La Bastide de Callian - 569 Chemin des Moulins - 83440 CALLIAN - T. 04 94 39 90 60
E-mail : admission.bastidecallian@emeis.com

4. ELEMENTS MEDICAUX – CONFIDENTIELS
A REMPLIR PAR LE MEDECIN ADRESSEUR

Médecin adresseur	☐ **Médecin traitant** ☐ **Psychiatre traitant** ☐ **Autre**
Nom et prénom du médecin	
Adresse	
Code postal	
Ville	
N° de téléphone	
Adresse mail	
Nom et coordonnées du médecin traitant si différent du médecin adresseur	
Nom et coordonnées du psychiatre traitant si différent du médecin adresseur	

5. ÉLÉMENTS PSYCHIATRIQUES

MOTIF DE LA DEMANDE D'HOSPITALISATION

OBJECTIFS DE L'HOSPITALISATION

Un établissement emeis
Clinique La Bastide de Callian - 569 Chemin des Moulins - 83440 CALLIAN - T. 04 94 39 90 60
E-mail : admission.bastidecallian@emeis.com

Hospitalisation à la demande de qui ? ☐ **Patient** ☐ **Proposition médicale** ☐ **Entourage**

Le patient a-t-il déjà été hospitalisé à La Bastide de Callian ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Si oui, nombre et dates d'hospitalisations

Le patient a-t-il déjà été hospitalisé dans une autre structure ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Si oui, nombre, dates et lieux d'hospitalisations

Date et lieu de la dernière hospitalisation

TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Troubles dépressifs	☐ **Oui**	☐ **Non**
Troubles anxieux	☐ **Oui**	☐ **Non**
Troubles du sommeil	☐ **Oui**	☐ **Non**
Troubles de la personnalité	☐ **Oui**	☐ **Non**
Epuisement professionnel/Burnout	☐ **Oui**	☐ **Non**
Troubles post-traumatiques	☐ **Oui**	☐ **Non**
Troubles des conduites alimentaires	☐ **Oui**	☐ **Non**
Troubles psychotiques	☐ **Oui**	☐ **Non**

ANTECEDENTS PERSONNELS DU PATIENT

Troubles du comportement	☐ **Oui**	☐ **Non**
Si oui, lesquels ?		
Idées suicidaires actuelles	☐ **Oui**	☐ **Non**
Antécédents d'idées suicidaires	☐ **Oui**	☐ **Non**
Antécédents de tentatives de suicide	☐ **Oui**	☐ **Non**
Si oui, date et moyen de la dernière tentative de suicide		
Antécédents judiciaires	☐ **Oui**	☐ **Non**
Si oui, précisez	☐ **Obligation de soins**	☐ **Condamnation**

Un établissement emeis

Clinique La Bastide de Callian - 569 Chemin des Moulins - 83440 CALLIAN - T. 04 94 39 90 60
E-mail : admission.bastidecallian@emeis.com

TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE

Tabac	☐ **Oui**	☐ **Non**
Si oui, substitution en cours	☐ Oui	☐ Non
Antécédents de consommation	☐ Oui	☐ Non
Alcool	☐ **Oui**	☐ **Non**
Si oui, date de la dernière consommation		
Antécédents de consommation	☐ Oui	☐ Non
Cannabis	☐ **Oui**	☐ **Non**
Si oui, date de la dernière consommation	☐ Oui	☐ Non
Antécédents de consommation	☐ Oui	☐ Non
Héroïne	☐ **Oui**	☐ **Non**
Si oui, substitution en cours	☐ Oui	☐ Non
Antécédents de consommation	☐ Oui	☐ Non
Médicaments	☐ **Oui**	☐ **Non**
Si oui, précisez		
Antécédents de consommation	☐ Oui	☐ Non

HISTOIRE DE LA MALADIE

ETAT CLINIQUE PSYCHIQUE ACTUEL

Un établissement emeis

Clinique La Bastide de Callian - 569 Chemin des Moulins - 83440 CALLIAN - T. 04 94 39 90 60
E-mail : admission.bastidecallian@emeis.com

ETAT SOMATIQUE ACTUEL

Taille

Poids

Problèmes cardiaques ☐ Oui ☐ Non

Si oui, date de la dernière consultation et nom du cardiologue

Existe-t-il une altération cognitive ? ☐ Oui ☐ Non

Le patient nécessite-t-il de l'oxygène ? ☐ Oui ☐ Non

Le patient est-il appareillé pour l'apnée du sommeil ? ☐ Oui ☐ Non

Le patient présente-t-il un état de dénutrition ? ☐ Oui ☐ Non

Le patient souffre-t-il d'une maladie chronique ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ?

Le patient présente-t-il des allergies alimentaires ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles ?

Le patient présente-t-il des allergies médicamenteuses ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles ?

ANTECEDENTS MEDICAUX

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

Un établissement emeis

Clinique La Bastide de Callian - 569 Chemin des Moulins - 83440 CALLIAN - T. 04 94 39 90 60
E-mail : admission.bastidecallian@emeis.com

QUELS SONT LES RISQUES ?

Risque de chute	☐ **Oui**	☐ **Non**
Risque de troubles de la déglution	☐ **Oui**	☐ **Non**
Risque de crise convulsive	☐ **Oui**	☐ **Non**
Risque d'infection	☐ **Oui**	☐ **Non**

QUEL EST L'AUTONOMIE DU PATIENT ?

Marche seul	☐ **Oui**	☐ **Non**
Toilette seul	☐ **Oui**	☐ **Non**
Mange seul	☐ **Oui**	☐ **Non**
Elimination seul	☐ **Oui**	☐ **Non**
Activités physiques	☐ **Oui**	☐ **Non**

Si oui, lesquelles ?

Fait à **Le**

Prénom et Nom du médecin

Signature et Cachet du médecin

Un établissement emeis
Clinique La Bastide de Callian - 569 Chemin des Moulins - 83440 CALLIAN - T. 04 94 39 90 60
E-mail : admission.bastidecallian@emeis.com