

Clinique d'Orgemont

48-52, rue d'Orgemont • 95100 Argenteuil
Tél. : 01 39 96 31 23 • Fax : 01 39 96 31 30
E-mail : admissions.orgemont@emeis.com

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE D'ORGEMONT - PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

☐ Hospitalisation Complète

☐ Hospitalisation de Jour

☐ Hospitalisation de Nuit

Si ambulatoire, préciser l'objectif de la prise en charge :

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

- ☐ Troubles de l'humeur
☐ Schizophrénie, autres troubles psychotiques
☐ Troubles liés à une substance, préciser :
☐ Troubles des conduites alimentaires
☐ Autre :
- ☐ Troubles anxieux
☐ Troubles de la personnalité
☐ Épuisement professionnel (burn-out)
☐ Troubles du sommeil
- 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) :

Poids :	Taille :	
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 :	☐ 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 : 01 39 96 31 23 • Fax : 01 39 96 31 30
E-mail : admissions.orgemont@emeis.com