

Motif de la demande ☐ Hospitalisation Complète ☐ Hospitalisation de Jour ☐ Hospitalisation de Nuit

Précision sur la demande

☐ Urgence ☐ Crise suicidaire

COORDONNÉES DU PATIENT ADRESSÉ PAR VOS SOINS

Sexe à l'état civil : ☐ F ☐ H Nom :
Prénom : Nom de jeune fille :
Lieu de naissance : Date de naissance :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Portable :
Mail : Profession :
Statut familial et entourage :

COORDONNÉES DU/DES MÉDECIN(S)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre ☐ Médecin généraliste ☐

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone :
Mail :

**Si vous n'êtes pas le médecin traitant,
coordonnées du médecin traitant :**

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone :
Mail :

COUVERTURE SOCIALE

Nom de l'assuré

N° de Sécurité sociale : ☐ CPAM ☐ RSI ☐ MSA ☐ LMDE ☐ CMU
☐ ALD (si ALD, nous fournir le volet 3 du protocole) ☐ SMEREP ☐ Autre, Précisez :

Assurance complémentaire

Nom de la mutuelle : N° adhérent :
Téléphone :

☐ Chambre particulière (si oui, indiquer la couverture de prise en charge et la durée)
Informations à communiquer à votre mutuelle afin de connaître votre taux de prise en charge : FINESS 800018228 - Code DMT 860 (Adulte) - Code DMT 863 (Mineur)

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Portable :
Mail : Lien avec le patient :

PROTECTION JURIDIQUE

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre, précisez :
Nom, Coordonnées :

Directives anticipées

☐ OUI ☐ NON - Si oui, nous vous serions reconnaissants de nous les fournir

Un établissement



Nom : Prénom :

MOTIF THÉRAPEUTIQUE

Connaissance du diagnostic : ☐ OUI ☐ NON

Principal :

Secondaire(s) :

ELEMENTS MEDICAUX :

Antécédents somatiques :

Antécédents psychiatriques :

Antécédents de tentative de suicide :

Antécédents addictologiques :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

Existence d'idées suicidaires : ☐ OUI ☐ NON

État clinique somatique actuel :

Traitements en cours (somatique & psychiatrique) (Merci de joindre la dernière prescription) :

Devenir à la sortie : ☐ Retour à domicile ☐ Autre :

☐ Régime alimentaire - Précisez :

☐ Aides domiciles en cours (IDEL, nursing, repas) - Précisez :

☐ Allergies - Précisez :

Poids : Taille :

Date de la demande :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CACHET DU MÉDECIN :

Obligatoire si envoi par fax/courrier.

Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.

**ENVOYEZ VOTRE DEMANDE
AUX COORDONNÉES CI-DESSOUS**

Coordonnées du Secrétariat Médical
Tél : 03 22 50 22 55 • Fax : 03 22 50 22 51
E-mail : secmed.campus@emeis.com

