

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE LYON CHAMPVERT - PATIENT ADULTE -

ÉLÉMENTS
MÉDICAUX
CONFIDENTIELS

À remplir uniquement par le médecin adresseur

Patient connu de l'Etablissement : ☐ Oui ☐ Non

Motif de la demande

- ☐ Hospitalisation Complète Adulte ☐ Si Etudiant, cocher cette case
☐ Hospitalisation Complète Gériatrie
☐ Hospitalisation de Jour, préciser l'objectif de la prise en charge :

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 :
Mail :

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 :

PARTIE ADMINISTRATIVE (renseignement facultatif pour le médecin)

COUVERTURE SOCIALE

Nom de l'assuré

N° de Sécurité sociale : ☐ CPAM ☐ RSI ☐ MSA ☐ LMDE ☐ SMEREP
☐ Autre, Précisez :

Assurance complémentaire

Nom de la mutuelle : N° adhérent :
Téléphone :

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 :

Nom : Prénom :

MOTIF D'HOSPITALISATION

.....
.....
.....
.....

Antécédents somatiques :

.....
.....
.....
.....

Allergies : ☐ Oui ☐ Non Si oui précisez :

Antécédents psychiatriques :

.....
.....
.....
.....

Histoire de la maladie

.....
.....
.....
.....

État clinique psychique actuel :

.....
.....
.....
.....

État clinique somatique actuel :

.....
.....
.....
.....
.....

Autres éléments psychiatriques

Troubles du comportement (agressivité, fugue...) : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :

Idées suicidaires : ☐ Oui ☐ Non Commentaires :

Consommation de toxiques : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :

☐ Démence / Trouble cognitif majeur ☐ Maladie d'Alzheimer ☐ Déambulation

Score MMS :

Patient porteur d'une infection : ☐ Oui ☐ Non Si oui préciser :

Antécédents Hospitalisation : ☐ Oui ☐ Non Si oui préciser :

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

.....
.....
.....
.....

IMC :

Hébergement stable : ☐ Oui ☐ Non Si non préciser :

Perte d'autonomie : ☐ Oui ☐ Non Si oui préciser :

Risque de chute : ☐ Oui ☐ Non Si oui préciser :

Suivi ambulatoire extérieur : ☐ Oui ☐ Non Si oui préciser :

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.

**ENREGISTRER CE FORMULAIRE ET L'ENVOYER EN PIECE JOINTE
PAR MAIL : secmed.champvert@emeis.com**

Coordonnées du Secrétariat Médical

Tél : 04 37 49 33 23 - Fax : 04 37 49 33 27

Mail : secmed.champvert@emeis.com