

**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 Gérontopsychiatrie  
 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

Les données de santé collectées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique sécurisé par la Clinique. Ce traitement a pour finalité la gestion des demandes de préadmission réalisées par mail par un personnel de santé pour le compte de son patient : il est fondé sur le consentement du demandeur et de son patient. Les destinataires de ces données sont le personnel habilité de la Clinique et du siège du Groupe emeis.

Un établissement

