

Nom :

Prénom :

Motif Thérapeutique

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur | <input type="checkbox"/> Troubles anxieux |
| <input type="checkbox"/> Schizophrénie, autres troubles psychotiques | <input type="checkbox"/> Troubles de la personnalité |
| <input type="checkbox"/> Troubles liés à une substance, préciser : | <input type="checkbox"/> Épuisement professionnel (burn-out) |
| <input type="checkbox"/> Troubles des conduites alimentaires | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |

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

Idées suicidaires : ☐ Oui ☐ Non Commentaires :

Antécédents de tentatives de suicide : ☐ Oui ☐ Non

Consommation de toxiques : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :

Antécédents somatiques :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

État clinique somatique actuel :

Le patient a séjourné en REA : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, la durée d'hospitalisation est-elle supérieure à 72h : ☐ Oui ☐ Non

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

Poids : Taille :

Appareillage : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :

Besoin d'un lit médicalisé : ☐ Oui ☐ Non

Autonome ☐ 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 : 04 91 22 90 03
E-mail : admission2.monrepos@emeis.com