

Centre de soins
La Nouvelle Aquitaine
152, boulevard de la Paix
64000 Pau

Tél. : 05 59 90 97 10

Fax : 05 59 90 98 65

E-mail : admission.lna@emeis.com

DEMANDE D'ADMISSION

CENTRE DE SOINS LA NOUVELLE AQUITAINE - PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Nom : Prénom :

MOTIFS 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 :

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) :

.....

.....

.....

le patient a-t-il formulé des directives anticipées : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, où peut-on les obtenir : ☐ Papier ☐ DMP

Poids : Taille :

Appareillage : ☐ Oui ☐ Non Si oui précisez :

Autonomie : ☐ Oui ☐ Non Commentaires :

Allergies : ☐ Oui ☐ Non Si oui précisez :

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.

ENVOYEZ VOTRE DEMANDE AUX COORDONNÉES CI-DESSOUS

Secrétariat Médical

Tél : 05 59 90 97 10 • Fax : 05 59 90 98 65

E-mail : admission.lna@emeis.com