

**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

Email sécurisé pour médecin : admission.lna@emeis.mssante.fr

MOTIF DE LA DEMANDE :

Hospitalisation Complète Hospitalisation de Jour

Si ambulatoire, 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 :

COUVERTURE SOCIALE

Nom de l'assuré

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

Assurance complémentaire

Nom de la mutuelle : N° adhérent :

Téléphone : Mail :

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 et coordonnées :

DEMANDE D'ADMISSION
CENTRE DE SOINS
LA NOUVELLE AQUITAINE
- PATIENT ADULTE -

**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

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