

# DEMANDE D'ADMISSION

**Clinique Les Jeunes Chênes**

21b Avenue de l'Europe

64000 PAU

Tel : 05.59.02.19.20

Fax : 05.59.02.19.19

admission-consultation.pau@emeis.com

**Hôpital de jour**

**SMR Polyvalent et gériatrie**

**CLINIQUE LES JEUNES CHÊNES**

**- PSYCHIATRIE ADULTE -**

À remplir uniquement par le médecin adresseur

## ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

### MOTIF DE LA DEMANDE :

- Programme Post-Opératoire\*       Programme Pré Opératoire  
 Programme Prévaction Réeduc +       Programme Parkinson

### 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 généraliste  Autre  Spécialité : .....

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 : .....

### PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

Portable : .....

Mail : ..... Lien avec le patient : .....

### PERSONNE DE CONFIANCE, SI DIFFÉRENTE DE LA PERSONNE À PRÉVENIR

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

Portable : .....

Mail : ..... Lien avec le patient : .....

# DEMANDE D'ADMISSION

Hôpital de jour

**SMR Polyvalent et gériatrie**

**CLINIQUE LES JEUNES CHÈNES**  
**- PSYCHIATRIE ADULTE -**

**Clinique Les Jeunes Chênes**

21b Avenue de l'Europe

64000 PAU

Tel : 05.59.02.19.20

Fax : 05.59.02.19.19

admission-consultation.pau@emeis.com

À remplir uniquement par le médecin adresseur

## ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Nom : ..... Prénom : .....

Antécédents somatiques : .....

Antécédent psychiques : .....

Etat somatique actuel : .....

Etat psychique/cognitif actuel : .....

Traitements en cours (merci de joindre la dernière prescription) : .....

GIR : .....

### REEDUC + :

- |                                                             |                                                                          |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Post chute                         | <input type="checkbox"/> Post AVC                                        |
| <input type="checkbox"/> Suite décompensation maladie aiguë | <input type="checkbox"/> Suite décompensation cardiaque ou pneumologique |

### PREVACTION (personne âgée fragile mais non dépendante, GIR 5 ou 6) :

- |                                                             |                                                         |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trouble équilibre                  | <input type="checkbox"/> Isolement social               |
| <input type="checkbox"/> Prévenir Perte Autonomie           | <input type="checkbox"/> Perte de poids récente         |
| <input type="checkbox"/> Risque de chute/chute à répétition | <input type="checkbox"/> Trouble de la mémoire débutant |
| <input type="checkbox"/> Reprise d'activité physique        |                                                         |

### PARKINSON :

Année de diagnostic : .....

Symptômes prédominants : .....

### POST-OPÉRATOIRE/PRÉ-OPÉRATOIRE :

Type d'opération : .....

Date de l'intervention : .....

Chirurgien : .....

Histoire de la maladie : .....

Date souhaitée d'arrivée : .....

### CACHET DU MÉDECIN :

Obligatoire si envoi par fax/courrier.

Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.

## ENVOYEZ VOTRE DEMANDE AUX COORDONNÉES CI-DESSOUS

Tél : 05 59 80 61 41 - Fax : 05 59 02 19 19

E-mail : [lilia.allou@mssante.com](mailto:lilia.allou@mssante.com) / [hdjssrpau@emeis.com](mailto:hdjssrpau@emeis.com)

VIA TRAJECTOIRE