

# **DEMANDE D'ADMISSION**

## **CLINIQUE LA BASTIDE DE CALLIAN**

### **- PATIENT ADULTE -**

---

**Clinique La Bastide de Callian**  
569 Chemin des Moulins - 83440 Callian  
Tél. : 04 94 39 90 60  
E-mail : [admission.bastidecallian@emeis.com](mailto:admission.bastidecallian@emeis.com)

---

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à la Clinique La Bastide de Callian et de la confiance que vous accordez à notre établissement pour la prise en charge de votre santé mentale.

Afin de préparer votre admission dans les meilleures conditions, nous vous invitons à suivre attentivement les étapes détaillées ci-dessous et à compléter l'ensemble des informations demandées.

Une fois votre dossier rempli, nous vous prions de cocher les cases correspondant aux différentes rubriques et **de joindre l'ensemble des pièces justificatives requises (dernier bilan sanguin et ordonnance des traitements).**

**Toutes les pièces demandées sont obligatoires pour que votre demande puisse être étudiée.**

Vous pouvez transmettre votre dossier complété :

- **par email :** [secmed.bastidecallian@emeis.com](mailto:secmed.bastidecallian@emeis.com)
- **par courrier postal :** Clinique La Bastide de Callian – 569 Chemin des Moulins – 83440 Callian

À réception de votre dossier, celui-ci sera examiné par le Collège Médical, qui évaluera l'indication, la pertinence et les modalités éventuelles de votre hospitalisation. Cette analyse médicale vise à garantir une prise en charge adaptée à votre situation et conforme aux exigences de qualité et de sécurité des soins.

À l'issue de la Commission Médicale d'Établissement, nous reviendrons vers vous afin de vous informer de la décision prise concernant votre demande d'admission, qu'il s'agisse d'une acceptation ou d'un refus.

Pour les réponses envoyées par email, nous vous invitons à vérifier régulièrement votre dossier de courriers indésirables.

Nous vous remercions pour votre collaboration et restons à votre disposition pour toute information complémentaire.

# 1. ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS – IDENTIFICATION DU PATIENT

## PIÈCES À FOURNIR POUR LA COMPLETITUDE ET L'ETUDE DU DOSSIER

### A COMPLETER PAR LE PATIENT

1. Eléments administratifs	<input type="checkbox"/>
2. Situation sociale du patient et 2.1. Attestation d'hébergement par un tiers	<input type="checkbox"/>
3. Lettre de motivation* et 3.1. Engagement thérapeutique • Pour une demande d'hospitalisation pour sevrage de toxiques : engagement écrit du patient avec son accord de respect du contrat de soins et de l'absence d'autorisation de sortie thérapeutique durant les 3 premières semaines de son séjour.	<input type="checkbox"/>

NOM

NOM DE NAISSANCE

Prénom

Date de naissance

Age

Numéro de sécurité sociale

Adresse

Code postal

N° de téléphone

Adresse mail

Nom et N° de téléphone du proche aidant

## 2. SITUATION SOCIALE DU PATIENT

Situation familiale  Marié  Célibataire  PACS  Concubinage  Divorcé  Veuf

Enfant  Oui  Non

Si oui, combien ? [Redacted] Et quel âge ? [Redacted]

Situation professionnelle  En activité  Chômage  Invalidité  Retraité  Arrêt maladie

Profession [Redacted]

Le patient a-t-il un logement ?  Oui  Non  Hébergé par un tiers

(joindre l'attestation d'hébergement par le tiers avec CNI)

Tutelle/Curatelle  Oui  Non Nom du contact [Redacted]

Le patient dispose-t-il d'une mutuelle ?  Oui  Non

Si oui, nom de la mutuelle [Redacted]

### 2.1. ATTESTATION D'HEBERGEMENT PAR UN TIERS

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (Nom et Prénom) [Redacted]

Demeurant [Redacted]

S'engage à héberger Madame, Monsieur (Nom et Prénom) [Redacted]

à la fin de son séjour au sein de la clinique La Bastide de Callian ou plus tôt, si l'hospitalisation devait être interrompue.

#### DOCUMENT A JOINDRE IMPERATIVEMENT :

Copie recto/verso de la pièce d'identité du tiers

Fait à [Redacted]

Le [Redacted]

Signature [Redacted]

### 3. LETTRE DE MOTIVATION ET DES ATTENDUS DE L'HOSPITALISATION

Fait à

Le

Prénom et Nom du patient

Signature

## 4. ELEMENTS MEDICAUX – CONFIDENTIELS

### PIÈCES À FOURNIR POUR LA COMPLETUDE ET L'ETUDE DU DOSSIER

#### A COMPLETER PAR LE MEDECIN ADRESSEUR

1. Eléments médicaux	<input type="checkbox"/>
2. Eléments psychiatriques	<input type="checkbox"/>
3. Joindre impérativement les résultats d'un bilan biologique de moins de 1 mois	
4. Joindre impérativement l'ordonnance de traitement de moins de 3 mois	
5. Compte-rendu ou lettre de liaison des éventuelles précédentes hospitalisations	<input type="checkbox"/>

Médecin adresseur

Médecin traitant

Psychiatre traitant

Autre

Nom et prénom du médecin

Adresse

Code postal

Ville

N° de téléphone

Adresse mail

Nom et coordonnées du médecin traitant  
si différent du médecin adresseur

Nom et coordonnées du psychiatre  
traitant si différent du médecin adresseur

## 5. ÉLÉMENTS PSYCHIATRIQUES

### MOTIF DE LA DEMANDE D'HOSPITALISATION

### OBJECTIFS DE L'HOSPITALISATION

Hospitalisation à la demande de qui ?  Patient  proposition médicale  Entourage

Le patient a-t-il déjà été hospitalisé à La Bastide de Callian ?  Oui  Non

Si oui, nombre et dates d'hospitalisations

Le patient a-t-il déjà été hospitalisé dans une autre structure ?  Oui  Non

Si oui, nombre, dates et lieux d'hospitalisations

Date et lieu de la dernière hospitalisation

## TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Troubles dépressifs	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Troubles anxieux	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Troubles du sommeil	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Troubles de la personnalité	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Epuisement professionnel/Burnout	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Troubles post-traumatiques	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Troubles des conduites alimentaires	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Troubles psychotiques	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

## ANTECEDENTS PERSONNELS DU PATIENT

Troubles du comportement	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Si oui, lesquels ?		
Idées suicidaires actuelles	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Antécédents d'idées suicidaires	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Antécédents de tentatives de suicide	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Si oui, date et moyen de la dernière tentative de suicide		
Antécédents judiciaires	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Si oui, précisez	<input type="radio"/> Obligatoire de soins	<input type="radio"/> Condamnation

## TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE

### Tabac

Si oui, substitution en cours

Oui  Non

Antécédents de consommation

Oui  Non

### Alcool

Si oui, date de la dernière consommation

Oui  Non

Antécédents de consommation

Oui  Non

### Cannabis

Si oui, date de la dernière consommation

Oui  Non

Antécédents de consommation

Oui  Non

### Cocaïne

Si oui, substitution en cours

Oui  Non

Antécédents de consommation

Oui  Non

### Héroïne

Si oui, substitution en cours

Oui  Non

Antécédents de consommation

Oui  Non

### Médicaments

Si oui, précisez

Oui  Non

Antécédents de consommation

Oui  Non

## HISTOIRE DE LA MALADIE

## ETAT CLINIQUE PSYCHIQUE ACTUEL

## ETAT SOMATIQUE ACTUEL

Taille

Poids

Problèmes cardiaques

Oui  Non

Si oui, date de la dernière consultation et nom du cardiologue

Oui  Non

Existe-t-il une altération cognitive ?

Oui  Non

Le patient nécessite-t-il de l'oxygène ?

Oui  Non

Le patient est-il appareillé pour l'apnée du sommeil ?

Oui  Non

Le patient présente-t-il un état de dénutrition ?

Oui  Non

Le patient souffre-t-il d'une maladie chronique ?

Oui  Non

Si oui, laquelle?

Oui  Non

Le patient présente-t-il des allergies alimentaires ?

Oui  Non

Si oui, lesquelles ?

Oui  Non

Le patient présente-t-il des allergies médicamenteuses ?

Si oui, lesquelles ?

## ANTECEDENTS MEDICAUX

## ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

## QUELS SONT LES RISQUES ?

- Risque de chute       Oui       Non
- Risque de troubles de la déglutition       Oui       Non
- Risque de crise convulsive       Oui       Non
- Risque d'infection       Oui       Non

## QUEL EST L'AUTONOMIE DU PATIENT ?

- Marche seul       Oui       Non
- Toilette seul       Oui       Non
- Mange seul       Oui       Non
- Elimination seul       Oui       Non
- Activités physiques       Oui       Non

Si oui, lesquelles ?

Fait à

Le

Prénom et Nom du médecin

Signature et Cachet du médecin