

# 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** : [secmmed.bastidecallian@emeis.com](mailto:secmmed.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 COMPLETUDÉ ET L'ÉTUDE DU DOSSIER

#### A COMPLETER PAR LE PATIENT

1. Éléments administratifs

☐

2. Situation sociale du patient et 2.1. Attestation d'hébergement par un tiers

☐

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.

☐

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 ?

Et quel âge ?

Situation professionnelle ☐ En activité ☐ Chômage ☐ Invalidité ☐ Retraité ☐ Arrêt maladie

Profession

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

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

Si oui, nom de la mutuelle

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

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (Nom et Prénom)

Demeurant

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

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

Le

Signature

### 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 COMPLETUDÉ 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 	<input type="checkbox"/>
4. Joindre impérativement l'ordonnance de traitement de moins de 3 mois 	<input type="checkbox"/>
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 ☐ Oui ☐ Non
- Troubles anxieux ☐ Oui ☐ Non
- Troubles du sommeil ☐ Oui ☐ Non
- Troubles de la personnalité ☐ Oui ☐ Non
- Epuisement professionnel/Burnout ☐ Oui ☐ Non
- Troubles post-traumatiques ☐ Oui ☐ Non
- Troubles des conduites alimentaires ☐ Oui ☐ Non
- Troubles psychotiques ☐ Oui ☐ Non

## ANTECEDENTS PERSONNELS DU PATIENT

Troubles du comportement ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels ?

Idées suicidaires actuelles ☐ Oui ☐ Non

Antécédents d'idées suicidaires ☐ Oui ☐ Non

Antécédents de tentatives de suicide ☐ Oui ☐ Non

Si oui, date et moyen de la dernière tentative de suicide

Antécédents judiciaires ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez ☐ Obligatoire de soins ☐ Condamnation

## TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE

### Tabac

☒ Oui ☐ Non

Si oui, substitution en cours

☐ Oui ☐ Non

Antécédents de consommation

☐ Oui ☐ Non

### Alcool

☒ Oui ☐ Non

Si oui, date de la dernière consommation

Antécédents de consommation

☐ Oui ☐ Non

### Cannabis

☒ Oui ☐ Non

Si oui, date de la dernière consommation

☐ Oui ☐ Non

Antécédents de consommation

☐ Oui ☐ Non

### Cocaïne

☒ Oui ☐ Non

Si oui, substitution en cours

☐ Oui ☐ Non

Antécédents de consommation

☐ Oui ☐ Non

### Héroïne

☒ Oui ☐ Non

Si oui, substitution en cours

Antécédents de consommation

☐ Oui ☐ Non

### Médicaments

☒ Oui ☐ Non

Si oui, précisez

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

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 ?

Le patient présente-t-il des allergies alimentaires ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles ?

Le patient présente-t-il des allergies médicamenteuses ?

☐ Oui ☐ Non

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