

À remplir uniquement par le médecin adresseur

Patient connu de l'Etablissement : ☐ Oui ☐ Non

**MOTIF DE LA DEMANDE**

- ☐ Hospitalisation Complète Adulte ☐ Si Etudiant, cocher cette case  
☐ Hospitalisation Complète Gériatrie  
☐ Hospitalisation de Jour, 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 : .....

**PARTIE ADMINISTRATIVE (renseignement facultatif pour le médecin)**

**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 : ..... ALD : ☐ Oui ☐ Non

**PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Portable : .....  
Mail : ..... Lien avec le patient : .....

**PROTECTION JURIDIQUE**

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Curatelle renforcée ☐ Autre : .....  
Coordonnées : .....

Nom du patient : ..... Prénom : .....

**MOTIF D'HOSPITALISATION**

.....  
.....  
.....  
.....

Antécédents somatiques : .....

.....  
.....  
.....

Allergies : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : .....

Antécédents psychiatriques : .....

.....  
.....  
.....

Histoire de la maladie : .....

.....  
.....  
.....

État clinique psychique actuel : .....

.....  
.....  
.....

État clinique somatique actuel : .....

.....  
.....  
.....

**Autres éléments psychiatriques**

Troubles du comportement (agressivité...) : ☐ Oui ☐ Non Lesquels : .....

Idées suicidaires : ☐ Oui ☐ Non Commentaires : .....

Consommation de toxiques : ☐ Oui ☐ Non Lesquels : .....

☐ Démence / Trouble cognitif majeur ☐ Maladie d'Alzheimer ☐ Déambulation

Score MMS : .....

Patient porteur d'une infection : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : .....

Antécédents Hospitalisation : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : .....

**Traitements en cours (somatique & psychiatrique) : merci de joindre la dernière prescription par fax / par mail :**

.....

.....

.....

IMC : .....

Hébergement stable : ☐ Oui ☐ Non Si non, précisez : .....

Perte d'autonomie : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : .....

Risque de chute : ☐ Oui ☐ Non Si oui, avec qui : .....

Suivi ambulatoire extérieur : ☐ Oui ☐ Non Commentaires : .....

**Date d'arrivée souhaitée :**

**Date de la demande :**

**CACHET DU MÉDECIN :**

*Obligatoire si envoi par fax/courrier.  
Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.*

**ENREGISTRER CE FORMULAIRE  
ET L'ENVOYER EN PIECE JOINTE  
PAR MAIL : [admissions.champvert@emeis.com](mailto:admissions.champvert@emeis.com)  
Coordonnées du Secrétariat Médical  
Tél : 04 37 49 33 23 (numéro réservé aux médecins)  
Fax : 04 37 49 33 33  
E-mail : [admissions.champvert@emeis.com](mailto:admissions.champvert@emeis.com)**