

**Centre de soins
Les Collines du Revest**
1251, route du Général de Gaulle
83200 Le Revest les Eaux
Tél. : 04 94 18 10 26/24 • Fax : 04 94 18 10 48
E-mail : lisa.bernard@emeis.com
ou admission.collinesdurevest@emeis.com

DEMANDE D'ADMISSION
CENTRE DE SOINS
LES COLLINES DU REVEST
- PATIENT ADULTE -
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

À remplir uniquement par le médecin adresseur

Psychiatrie générale : Hospitalisation complète Hospitalisation de jour Hospitalisation de nuit
ou
SMR Addictologie : Hospitalisation complète Hospitalisation de jour

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 : [.....] ALD : Oui Non

SITUATION SOCIALE

Protection juridique : Tutelle Curatelle Curatelle renforcée Autre :
Coordonnées :
Emploi : Oui Non Observations :
Logement : Oui Non Observations :
Problématique judiciaire : Oui Non En cours Observations :

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ

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

Nom du patient : Prénom :

MOTIF D'HOSPITALISATION

.....
.....

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 :

.....
.....

