

À remplir uniquement par le médecin adresseur

Hospitalisation complète Hospitalisation de jour
Si ambulatoire, 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 :

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

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

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

Idées suicidaires : Oui Non Commentaires :

Consommation de toxiques : Oui Non Lesquels :

Antécédents somatiques :

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

Antécédents psychiatriques :

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

Suivi, hospitalisations avec compte-rendus, TS :

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

Histoire de la maladie :

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

État clinique psychique actuel :

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

État clinique somatique actuel :

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

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

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

Imagerie cérébrale réalisée ? Oui Non
Présence de troubles cognitifs ? Oui Non

Si demande d'ECT : TDM cérébral à réaliser avant l'admission.

Poids : Taille :
Appareillage : Oui Non Si oui, précisez :
 Autonomie Mobilité réduite Commentaires :
Allergies : Oui Non Si oui, précisez :
Suivi ambulatoire extérieur : Oui Non Si oui, avec qui :
Logement : Oui Non Commentaires :

Date d'arrivée souhaitée : | | | | | | | | | |

Retour au logement possible : Oui Non

CACHET DU MÉDECIN :

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

**ENVOYEZ VOTRE DEMANDE
AUX COORDONNÉES CI-DESSOUS**
Coordonnées du Secrétariat Médical
Tél : 04 73 60 79 72 • Fax : 04 73 60 79 89
E-mail : secmed.grandpre@emeis.mssante.fr