Clinique des Hauts de France
R.N 2 Route d'Avesnes
59720 Louvroil
Tél. : 03 27 62 52 52
Fax : 03 27 62 52 97
E-mail : 315admissions@emeis.com

DEMANDE D'ADMISSION
CLINIQUE DES HAUTS DE FRANCE
- PATIENT DE 12 À 18 ANS -

À remplir uniquement par le médecin adresseur

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS 1/2

MOTIF DE LA DEMANDE :

☐ 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 : .....

Identité et coordonnées du représentant légal :

.....

Situation familiale des parents : ☐ Mariés ☐ Séparés ☐ Divorcés ☐ Veufs

Existence d'une mesure éducative ou judiciaire (AEMO, ASE, PJJ...) avec identification des référents :

.....

Informations en cas de placement : ☐ Famille d'accueil ☐ Foyer

Cordonnées : .....

Situation scolaire : ☐ Scolarisation en cours ☐ Classe ☐ Descolarisation

Dernier établissement fréquenté : .....

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 : ..... ☐ CPAM ☐ RSI ☐ MSA ☐ LMDE ☐ CMU

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ SMEREP ☐ Autre, Précisez : .....

Assurance complémentaire

Nom de la mutuelle : ..... N° adhérent : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| ALD : ☐ Oui ☐ Non

Clinique des Hauts de France
R.N 2 Route d'Avesnes
59720 Louvroil
Tél. : 03 27 62 52 52
Fax : 03 27 62 52 97
E-mail : 315admissions@emeis.com

DEMANDE D'ADMISSION
CLINIQUE DES HAUTS DE FRANCE
- PATIENT DE 12 À 18 ANS -

À remplir uniquement par le médecin adresseur

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS 2/2

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 : .....

Nom et coordonnées : .....

.....

Clinique des Hauts de France
R.N 2 Route d'Avesnes
59720 Louvroil
Tél. : 03 27 62 52 52
Fax : 03 27 62 52 97
E-mail : 315admissions@emeis.com

ÉLÉMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

À remplir uniquement par le médecin adresseur

Nom du patient : ..... **Prénom :** .....

MOTIF THÉRAPEUTIQUE

- ☐ Trouble de l'humeur
- ☐ Troubles anxieux
- ☐ Schizophrénie, autres troubles psychotiques
- ☐ Troubles de la personnalité
- ☐ Troubles liés à une substance, préciser : .....
- ☐ Épuisement professionnel (burn-out)
- ☐ Troubles des conduites alimentaires
- ☐ Troubles du sommeil
- ☐ Autre : .....

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 :

.....

.....

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

.....

.....

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 souhaitée d'arrivée : |_|_|_|_|_|_|_|_| **Date de la demande :** |_|_|_|_|_|_|_|_|

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 : 03 27 62 52 52 • Fax : 03 27 62 52 97
E-mail : 315admissions@emeis.com

Les données de santé collectées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique sécurisé par la Clinique. Ce traitement a pour finalité la gestion des demandes de préadmission réalisées par mail par un personnel de santé pour le compte de son patient : il est fondé sur le consentement du demandeur et de son patient. Les destinataires de ces données sont le personnel habilité de la Clinique et du siège du Groupe emeis.