







### MOTIFS THÉRAPEUTIQUES

Motif d'hospitalisation : .....

.....

.....

Principaux signes cliniques : .....

.....

.....

Antécédents psychiatrique et histoire de la maladie : .....

.....

.....

### Antécédents somatiques et allergies :

- Médicaux : .....

.....

- Chirurgicaux : .....

.....

Examens complémentaires : biologie, imagerie et dates des examens : *(à joindre au dossier selon la pertinence)*

.....

.....

### Savez-vous si le jeune a des directives anticipées :

Oui     Non

Si oui lesquelles : .....

.....

.....

**TRAITEMENT(S) EN COURS : (ou joindre ordonnance)**

Traitements psychiatriques (spécialités, posologie, répartition) :

- .....  
.....  
.....
- .....  
.....  
.....
- .....  
.....  
.....

Traitements somatiques (spécialités, posologie, répartition) :

- .....  
.....  
.....
- .....  
.....  
.....
- .....  
.....  
.....

**CACHET DU MÉDECIN :**

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

**ENVOYEZ VOTRE DEMANDE  
AUX COORDONNÉES CI-DESSOUS  
EUROPSY HDJ 12/25 pédopsychiatrie  
3 rue du Château d'Angleterre, 67300 SCHILTIGHEIM**

**Tél : 03 88 81 56 17 / 06 81 72 11 89  
E-mail : infirmerie.schiltigheim@emeis.com**

**Merci de nous transmettre votre dossier accompagné des pièces suivantes :**

- Carte vitale
- Attestation de responsabilité civile
- Carte mutuelle recto-verso
- Pièce d'identité du patient et du responsable légal
- Si, il y a eu : Jugement du juge pour enfants (12-18 ans) et/ou Jugement du Juge des affaires familiales (divorce)

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.

Médecin coordinateur :  
Dr Vincent BERTHOU : berthou.vincent@emeis.com  
3 rue du Château d'Angleterre 67300 SCHILTIGHEIM

**Je soussigné, Monsieur** .....

Demeurant à .....

**Je soussignée, Madame** .....

Demeurant à .....

**Représentant(s) légal(aux) de** .....

*(nom et prénom de la personne mineure hospitalisé(e))*

**déclare(ont) :**

- Avoir pris connaissance des conditions d'admission à EUROPSY énoncées dans le livret d'accueil et plus particulièrement du règlement intérieur.
- Consentir à ce que soient pratiqués des soins sur ladite personne, rendus nécessaires par son état, selon les prescriptions du corps médical consultés (traitement psychiatrique dans le cadre de l'hospitalisation et traitements médicaux et chirurgicaux en cas d'urgences nécessité).

Les éléments vitaux nous seront communiqués le plus rapidement possibles.

- Autoriser le médecin psychiatre traitant à délivrer des autorisations de sorties en sortie thérapeutique.
- Autoriser l'équipe du service concerné à prendre en charge le patient mineur hors de l'enceinte de l'établissement dans le cadre d'activités thérapeutiques, et pour ce faire le transporter sur tout lieu d'activité.

En outre, nous acceptons :

- Que toute détérioration mobilière ou immobilière du bien du mineur hospitalisé, nous soit facturée à sa valeur réelle.

**Fait à :** .....

**Signature de la mère :**

**Signature du père :**

Médecin coordinateur :  
Dr Vincent BERTHOU : berthou.vincent@emeis.com  
3 rue du Château d'Angleterre 67300 SCHILTIGHEIM

**Je soussigné,** .....

- Avoir pris connaissance des conditions d'admission à EUROPSY énoncées dans le livret d'accueil et plus particulièrement du règlement intérieur.
- Consentir à ce que soient pratiqués des soins sur ladite personne, rendus nécessaires par son états, selon les prescriptions du corps médical consultés (traitement psychiatrique dans le cadre de l'hospitalisation et traitements médicaux et chirurgicaux en cas d'urgences nécessité).

Les éléments vitaux nous seront communiqués le plus rapidement possibles.

- Autoriser le médecin psychiatre traitant à délivrer des autorisations de sorties en sortie thérapeutique.
- Autoriser l'équipe du service concerné à prendre en charge le patient mineur hors de l'enceinte de l'établissement dans le cadre d'activités thérapeutiques, et pour ce faire le transporter sur tout lieu d'activité.

En outre, nous acceptons :

- Que toute détérioration mobilière ou immobilière du faire du mineur hospitalisé, nous soit facturée à sa valeur réelle.

**Fait à :** .....

**Signature du majeur :**