

Nom du patient : **Prénom :**

MOTIF THÉRAPEUTIQUE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur | <input type="checkbox"/> Troubles anxieux |
| <input type="checkbox"/> Schizophrénie, autres troubles psychotiques | <input type="checkbox"/> Troubles de la personnalité |
| <input type="checkbox"/> Troubles liés à une substance, préciser : | |
| <input type="checkbox"/> Épuisement professionnel (burn-out) | <input type="checkbox"/> Troubles des conduites alimentaires |
| <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil | |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Troubles du comportement (agressivité...) : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lesquels : |
| Idées suicidaires : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Commentaires : |
| Consommation de toxiques : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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) :*
.....
.....
.....

Données relatives aux fonctions sensorielles

Appareillage auditif : Oui Non

Appareillage dentaire : Oui Non

Lunettes : Oui Non

Troubles type cécité/surdité : Oui Non

Risques spécifiques (fausse route, besoins en rééducation ou kinésithérapie):

.....

Évaluation de l'autonomie

Actions réalisées par une personne seule :	Oui	Non
Déplacements (intérieurs / extérieurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferts,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette (haut / bas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation (régime / texture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation temporo-spatiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication et cohérence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Poids : Taille :

Appareillage : Oui Non

Autonomie Mobilité réduite

Allergies : Oui Non

Suivi ambulatoire extérieur : Oui Non

Logement : Oui Non

Si oui, précisez :

Commentaires :

Si oui, précisez :

Si oui, avec qui :

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