Clinique Les Jeunes Chênes
21b Avenue de l'Europe – 64000 PAU
Tel : 05.59.02.19.20 - Fax : 05.59.02.19.19
admissions.lesjeuneschenes@emeis.mssante.fr

DEMANDE D'ADMISSION
SMR ADDICTOLOGIE
CLINIQUE LES JEUNES CHÊNES
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

À remplir uniquement par le médecin adresseur

COORDONNÉES DU MÉDECIN DEMANDEUR

Nom : .....
Prénom : .....
Service : .....
Adresse : .....
Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Mail : .....
Cachet : Date de la demande : |_|_|_|_|_|_|_|_|

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 : .....
Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Mail : .....
Médecin traitant : .....
Logement : ☐ Stable ☐ Hébergement précaire ☐ Sans logement

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 : .....
Coordonées : .....
.....

Un établissement emeis

Clinique Les Jeunes Chênes
21b Avenue de l'Europe – 64000 PAU
Tel : 05.59.02.19.20 - Fax : 05.59.02.19.19
admissions.lesjeuneschenes@emeis.mssante.fr

Nom du patient : ..... Prénom : .....

MOTIF D'HOSPITALISATION

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

Troubles du comportement (agressivité...) : ☐ Oui ☐ Non Lesquels : .....
Idées suicidaires : ☐ Oui ☐ Non
Si oui ☐ Légères ☐ Modérées ☐ Sévères

Antécédents addictologiques - Histoire des consommations par substance :

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

Antécédents médicaux et chirurgicaux : .....
.....
.....
.....

Antécédents psychiatriques : .....
.....
.....
.....

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

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

Allergies : ☐ Alimentaire ☐ Médicamenteuse

Clinique Les Jeunes Chênes
21b Avenue de l'Europe – 64000 PAU
Tel : 05.59.02.19.20 - Fax : 05.59.02.19.19
admissions.lesjeuneschenes@emeis.mssante.fr

Besoin de réhabilitation

- ☐ Déconditionnement physique
- ☐ Troubles du sommeil
- ☐ Dénutrition / troubles métaboliques
- ☐ Réinsertion sociale
- ☐ Gestion des émotions / Affirmation de soi
- ☐ Troubles cognitifs légers à modérés
- ☐ Désorganisation du rythme veille-sommeil

Contre-indication au SMR

- Trouble comportement sévère
- Psychose aigue, trouble psychiatrique non stabilisé
- Risque suicidaire élevé
- Pathologie somatique instable
- Absence d'hébergement à la sortie
- Absence de motivation intrinsèque

CACHET DU MÉDECIN :
Obligatoire si envoi par fax/courrier.
Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.

ENVOYEZ VOTRE DEMANDE
AUX COORDONNÉES CI-DESSOUS
Tel : 05.59.02.19.20 - Fax : 05.59.02.19.19
admissions.lesjeuneschenes@emeis.mssante.fr

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.