

Clinique Marigny

2, rue du Treil

31140 SAINT-LOUP CAMMAS

Tél. : 05 62 22 98 40

Fax : 05 61 35 02 82

admission.marigny@emeis.com

Pour les professionnels bénéficiant

d'une adresse MSSanté :

admission.marigny@emeis.mssante.fr

DEMANDE D'ADMISSION**CLINIQUE MARIGNY****- PATIENT ADULTE -****ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS**

À remplir uniquement par le médecin adresseur

MOTIF DE LA DEMANDE☐ Hospitalisation Complète**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 :

.....

Clinique Marigny

2, rue du Treil
31140 SAINT-LOUP CAMMAS
Tél. : 05 62 22 98 40
Fax : 05 61 35 02 82
admission.marigny@emeis.com
Pour les professionnels bénéficiant
d'une adresse MSSanté :
admission.marigny@emeis.mssante.fr

ÉLÉMENTS MÉDICAUX 1/2

CONFIDENTIELS

À remplir uniquement par le médecin adresseur

Nom du patient : Prénom :

MOTIF THÉRAPEUTIQUEConnaissance du diagnostique : ☐ Oui ☐ Non

Principal :

Secondaire :

Le patient a-t-il des directives anticipées ? ☐ Oui ☐ Non**ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES PERSONNELS :**Date d'apparition des premiers symptômes :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 d'arrivée souhaitée :

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 : 05 62 22 98 40 • Fax : 05 61 35 02 82

admission.marigny@emeis.com

Pour les professionnels bénéficiant d'une adresse MSSanté :
admission.marigny@emeis.mssante.fr