

# DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE D'ORGEMONT - PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur  
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS



**Clinique d'Orgemont**

48-52, rue d'Orgemont • 95100 Argenteuil  
Tél. : 01 39 96 31 23 • Fax : 01 39 96 31 30  
E-mail : admissions.orgemont@orpea.net

## Motif de la demande

Hospitalisation Complète                       Hospitalisation de Jour                       Hospitalisation de Nuit  
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 : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|    E-mail :

## Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ? Médecin psychiatre <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/>  Nom : Prénom : Adresse : Code Postal :  _ _ _ _ _     Ville : Téléphone :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  E-mail :	Si vous n'êtes pas le médecin traitant, coordonnées du médecin traitant :  Nom : Prénom : Adresse : Code Postal :  _ _ _ _ _     Ville : Téléphone :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  E-mail :
--	---

## Couverture sociale

Nom de l'assuré :                       CPAM     RSI     MSA     LMDE     SMEREP  
N° d'immatriculation : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|     Autre, préciser :  
**Assurance complémentaire :**  
Nom de la mutuelle :                      N° adhérent :  
Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## Personne à prévenir en cas de nécessité

Nom :                      Prénom :  
Adresse :  
Code Postal : |\_|\_|\_|\_|\_|                      Ville :  
Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|    Portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|    E-mail :  
Lien avec le patient :

## Protection juridique

Tutelle     Curatelle     Autre, préciser :  
Nom et coordonnées :

## ÉLÉMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

**Clinique d'Orgemont**  
48-52, rue d'Orgemont • 95100 Argenteuil  
Tél. : 01 39 96 31 23 • Fax : 01 39 96 31 30  
E-mail : admissions.orgemont@orpea.net

Nom :

Prénom :

### Motif Thérapeutique

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Troubles 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...) :  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 :                     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, préciser : |
| Autonomie <input type="checkbox"/> | Mobilité réduite : <input type="checkbox"/>               | Commentaires :     |
| Allergies :                        | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, préciser : |
| Suivi ambulatoire extérieur :      | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, avec qui : |
| Logement :                         | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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.*

**ENVOYER VOTRE DEMANDE**

**Coordonnées du Secrétariat Médical**  
Tél : 01 39 96 31 23 • Fax : 01 39 96 31 30  
E-mail : admissions.orgemont@orpea.net