

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE LA NOUVELLE HÉLOÏSE - PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

LNH
La Nouvelle Héloïse

Clinique La Nouvelle Héloïse

10, rue de l'Ermitage • 95160 Montmorency
Tél. : 01 39 36 01 05 • Fax : 01 39 36 01 38
E-mail : admissions.nouvelleheloise@orpea.net

Motif de la demande

Hospitalisation Complète

Consultation

Coordonnées du patient adressé par vos soins

Sexe : F H

Prénom :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone : Portable : E-mail :

Nom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre Médecin généraliste

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 La Nouvelle Héloïse
10, rue de l'Ermitage • 95160 Montmorency
Tél. : 01 39 36 01 05 • Fax : 01 39 36 01 38
E-mail : admissions.nouvelleheoise@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 36 01 05 • Fax : 01 39 36 01 38
E-mail : admissions.nouvelleheoise@orpea.net