Clinique Lyon Champvert
71, rue Benoist Mary • 69005 Lyon
Tél. : 04 37 49 33 23 • Fax : 04 37 49 33 33
Mail : admissions.champvert@orpea.net

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE LYON CHAMPVERT - PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur

ÉLÉMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

Patient connu de l'Etablissement : ☐ Oui ☐ Non

Motif de la demande

☐ Hospitalisation Complète Adulte ☐ Si Etudiant, *cocher cette case*
☐ Hospitalisation Complète Gérontopsychiatrie
☐ Hospitalisation de Jour, *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 ☐ 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 :

Motif d'hospitalisation

Antécédents somatiques :

Allergies : ☐ Oui ☐ Non Si Oui, préciser :

Antécédents psychiatriques :

Clinique Lyon Champvert
71, rue Benoist Mary • 69005 Lyon
Tél. : 04 37 49 33 23 • Fax : 04 37 49 33 33
Mail : admissions.champvert@orpea.net

ÉLÉMENTS MÉDICAUX
CONFIDENTIELS

Nom : Prénom :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

État clinique somatique actuel :

Autres éléments psychiatriques

Troubles du comportement (agressivité, fugue...) : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :
Idées suicidaires : ☐ Oui ☐ Non Commentaires :
Consommation de toxiques : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :

☐ Démence / Trouble cognitif majeur ☐ Maladie d'Alzheimer ☐ Déambulation

Score MMS :
Patient porteur d'une infection : ☐ Oui ☐ Non Si Oui, préciser :
Antécédents Hospitalisation : ☐ Oui ☐ Non Si Oui, préciser :

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

IMC :
Hébergement stable: ☐ Oui ☐ Non Si Non, préciser :
Perte d'autonomie : ☐ Oui ☐ Non Si Oui, préciser :
Risque de chute : ☐ Oui ☐ Non Si Oui, préciser :
Suivi ambulatoire extérieur : ☐ Oui ☐ Non Si Oui, avec qui :

Clinique Lyon Champvert
71, rue Benoist Mary • 69005 Lyon
Tél. : 04 37 49 33 23 • Fax : 04 37 49 33 33
Mail : admissions.champvert@orpea.net

ÉLÉMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

PARTIE ADMINISTRATIVE (renseignement facultatif pour le médecin)

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 :

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.

ENREGISTRER CE FORMULAIRE ET L'ENVOYER EN PIECE JOINTE PAR MAIL : admissions.champvert@orpea.net

Coordonnées du Secrétariat Médical
Tél : 04 37 49 33 23 (numéro réservé aux médecins) - Fax : 04 37 49 33 33
Mail : admissions.champvert@orpea.net

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.