DEMANDE D'ADMISSION
CLINIQUE MON REPOS
- PATIENT ADULTE -

Clinique Mon Repos
67, boulevard Leau • 13008 Marseille
Tél. : 04 91 22 90 03
E-mail : admission2.monrepos@orpea.net

À remplir uniquement par le médecin adresseur

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

☐ Hospitalisation Complète ☐ Hospitalisation de Jour
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 ☐ 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 Mon Repos
67, boulevard Leau • 13008 Marseille
Tél. : 04 91 22 90 03
E-mail : admission2.monrepos@orpea.net

Nom : Prénom :

Motif Thérapeutique

- ☐ Troubles de l'humeur
- ☐ Schizophrénie, autres troubles psychotiques
- ☐ Troubles liés à une substance, préciser :
- ☐ Troubles des conduites alimentaires
- ☐ Autre :
- ☐ Troubles anxieux
- ☐ Troubles de la personnalité
- ☐ Épuisement professionnel (burn-out)
- ☐ Troubles du sommeil

Troubles du comportement (agressivité...) : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :
Idées suicidaires : ☐ Oui ☐ Non Commentaires :
Antécédents de tentatives de suicide : ☐ Oui ☐ Non
Consommation de toxiques : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :

Antécédents somatiques :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

État clinique somatique actuel :

Le patient a séjourné en REA : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, la durée d'hospitalisation est-elle supérieure à 72h : ☐ Oui ☐ Non
Traitements en cours (somatique & psychiatrique) *(Merci de joindre la dernière prescription par fax / par mail)* :

Poids : Taille :
Appareillage : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :
Besoin d'un lit médicalisé : ☐ Oui ☐ Non
Autonome ☐ Mobilité réduite : ☐ Commentaires :
Allergies : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :
Suivi ambulatoire extérieur : ☐ Oui ☐ Non Si oui, avec qui :
Logement : ☐ Oui ☐ 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 : 04 91 22 90 03
E-mail : admission2.monrepos@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.