

# DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE PARASSY - PATIENT ADULTE -

**Clinique Parassy**  
708, avenue des grandes platnières  
74190 PASSY  
Tél. : 04 50 58 88 90 • Fax : 04 50 93 84 43  
E-mail : secomed.parassy@orpea.net

À remplir uniquement par le médecin adresseur  
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

## Motif de la demande

Hospitalisation Complète

## 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 Parassy

708, avenue des grandes platères  
74190 PASSY  
Tél. : 04 50 58 88 90 • Fax : 04 50 93 84 43  
E-mail : [secmed.parassy@orpea.net](mailto:secmed.parassy@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 :  Oui  Non Si oui, préciser :

Autonomie  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 50 58 88 90 • Fax : 04 50 93 84 43

E-mail : [secmed.parassy@orpea.net](mailto:secmed.parassy@orpea.net)