

Clinique Parassy

708, avenue des grandes platières
74190 PASSY
Tél. : 04 50 58 88 90 • Fax : 04 50 93 84 43
E-mail : admissions.parassy@emeis.com

**DEMANDE D'ADMISSION
CLINIQUE PARASSY
- PATIENT ADULTE -**

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 :

Nom :

Prénom :

Motif Thérapeutique

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