DEMANDE D'ADMISSION

CLINIQUE DU PÔLE ADO

À remplir uniquement par le médecin adresseur

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Clinique du Pôle Ado
2 bis, place Boileau • 91560 Crosne
Tél. : 01 69 49 67 20 • Fax : 01 69 49 79 74
E-mail : poleado@orpea.net

Motif de la demande

☐ Hospitalisation Complète ☐ Appartements thérapeutiques ☐ Hôpital de jour

Coordonnées du patient adressé par vos soins

Sexe : ☐ F ☐ H
Nom :
Prénom :
Nom de jeune fille :
Lieu de naissance :
Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Âge :
Adresse :
Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail :

Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ?
Médecin psychiatre ☐ Médecin généraliste ☐
☐ Autre, préciser :
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 ☐ MGEN ☐ SMEREP
N° d'immatriculation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| ☐ Autre, préciser :
Assurance complémentaire :
Nom de la mutuelle : N° adhérent :
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Coordonnées des parents / représentants légaux

Mère
Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :
Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
E-mail :

Père
Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : .
Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
E-mail :

Protection juridique

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre, préciser :
Nom et coordonnées :

ÉLÉMENTS MÉDICAUX

CONFIDENTIELS

Clinique du Pôle Ado
2 bis, place Boileau • 91560 Crosne
Tél. : 01 69 49 67 20 • Fax : 01 69 49 79 74
E-mail : poleado@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 :
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
aux coordonnées ci-dessous

Coordonnées du Secrétariat Médical
Tél : 01 69 49 67 20 • Fax : 01 69 49 79 74
E-mail : poleado@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.