



# DEMANDE D'ADMISSION

Clinique Castelvieu

À remplir uniquement par le médecin adresseur

Chemin des Affieux • 31180 Castelmaurou

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Tél. : 05 62 22 90 13 • Fax : 05 62 22 90 50

E-mail : 423adm03@emeis.com

## Motif de la demande

Hospitalisation Complète       Hospitalisation de Jour TCA (Troubles du Comportement Alimentaire)

Unité de Thérapie Brève (Consultation Réactive, hôpital de jour)       Consultations externes

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 :



# ELEMENTS MEDICAUX

## CONFIDENTIELS

**Clinique Castelviel**  
Chemin des Affieux • 31180 Castelmaurou  
Tél. : 05 62 22 90 13 • Fax : 05 62 22 90 50  
E-mail : 423adm03@emeis.com

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

(produits utilisés et mode de consommation) :

Oui  Non

Alcool

Héroïne

Cannabis

3mmc/chemsex

Cocaïne : - sniffée

Médicaments : si oui le ou lesquels et sous quelle forme de prise (orale, injectée...)

- injectée

Autres :

- crack/basée/fumée

Ghb

Ketamine

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)**

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 :

Patient fumeur  Oui  Non Demande de sevrage  Oui  Non

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 : 05 62 22 90 13 • Fax : 05 62 22 90 50

E-mail : [423adm03@emeis.com](mailto:423adm03@emeis.com)