

## Clinique du Dauphiné

252, route de Saint-Nizier • 38180 Seyssins  
Tél. : 04 76 98 98 69 • Fax : 04 76 98 98 10  
Mail : secmed1.dauphine@emeis.com

# DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE DU DAUPHINE - PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur

## ELEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

Patient connu de l'Etablissement :  Oui  Non

### Motif de la demande

- Hospitalisation Complète Adulte  
 Hospitalisation Complète Gériatrie/psychiatrie

Patient actuellement hospitalisé :  Oui  Non

A préciser :

### Coordonnées du patient adressé par vos soins

Sexe :  F  H

Prénom :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : |\_|\_|\_|\_|\_|

Ville :

Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **E-mail** (obligatoire) :

### Partie réservée à la clinique

Psychiatre (initiales) :

ADMISSION :  Oui  Non

COMMISSION :

DEMANDE INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

Nom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Âge :

### 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 :

### Motif d'hospitalisation

Antécédents somatiques :

Allergies :  Oui  Non Si Oui, préciser :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

État clinique somatique actuel :

