

## Clinique du Dauphiné

252, route de Saint-Nizier • 38180 Seyssins  
Tél. : 04 76 98 98 69 • Fax : 04 76 98 98 10  
Mail : gestiondeslits.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 :  
Hébergement stable :  
Code Postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Ville :  
Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **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 :

Toute demande non complète sera refusée

Si vous n'êtes pas le médecin traitant,  
coordonnées du médecin traitant :

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

### Motif d'hospitalisation

#### PSYCHIATRIE

Antécédents psy :

Histoire de la maladie :

TTT actuel :

(Merci de joindre la dernière prescription par mail ou faxe)

État clinique actuel :

#### SOMATIQUE

MMS obligatoire si >60ans

PERTE D'AUTONOMIE >60ans  Oui  Non

Démence / Trouble cognitif majeur

Maladie d'Alzheimer  Déambulation

IMC obligatoire :

ATCD Somatique  Oui  Non

si oui, à lister

Merci de joindre la dernière prescription par mail ou faxe

État clinique actuel :

