

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE DU LITTORAL

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Clinique du Littoral

Parc du Champ Gretz

62180 RANG-DU-FLIERS

Tél. : 03 21 89 03 21 • Fax : 03 21 89 03 20

E-mail : secmed.littoral@orpea.net

Motif de la demande

Hospitalisation Complète

Hospitalisation de Jour

Médecin destinataire souhaité

Hospitalisation Complète

Dr Jean-Luc DAMELINCOURT

Dr Sylvie DUJARDIN

Dr Anne GLOMOT

Dr Antoine MORTIER

Hospitalisation de Jour

Dr Jean-Michel PAILLEUX

Dr Olivier DESABLIN

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 :

ÉLÉMENTS MÉDICAUX
CONFIDENTIELS

Clinique du Littoral
Parc du Champ Gretz
62180 RANG-DU-FLIERS
Tél. : 03 21 89 03 21 • Fax : 03 21 89 03 20
E-mail : secmed.littoral@orpea.net

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 : 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 :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser :
Autonomie <input type="checkbox"/>	Mobilité réduite : <input type="checkbox"/> Commentaires :
Allergies :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser :
Suivi ambulatoire extérieur :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, avec qui :
Logement :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 : 03 21 89 03 22 • Fax : 03 21 89 03 20
E-mail : secmed.littoral@orpea.net