

Clinique du Littoral

Parc du Champ Gretz

62180 RANG-DU-FLIER

Tél. : 03 21 89 03 21

E-mail : secmed.littoral@emeis.com

ou via messagerie sécurisée (recommandée) :

secmed.littoral@emeis.mssante.fr

DEMANDE D'ADMISSION**CLINIQUE DU LITTORAL**

À remplir uniquement par le médecin adresseur

ÉLÉMÉNTS ADMINISTRATIFS**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 Hélène DELIGNE 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 SMEREPN° 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 :

Un établissement



Clinique du Littoral

Parc du Champ Gretz

62180 RANG-DU-FLIER

Tél. : 03 21 89 03 21

E-mail : secmed.littoral@emeis.com

ou via messagerie sécurisée (recommandée) :

secmed.littoral@emeis.mssante.fr

**ÉLÉMENTS MÉDICAUX
CONFIDENTIELS**

Nom :

Prénom :

Motif Thérapeutique

- Troubles de l'humeur
- Schizophrénie, autres troubles psychotiques
- Troubles liés à une substance, préciser :
- Troubles des conduites alimentaires
- 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 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 courrier.

Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.

ENVOYER VOTRE DEMANDE**Coordonnées du Secrétariat Médical**

Tél : 03 21 89 03 22

E-mail : secmed.littoral@emeis.com

ou via messagerie sécurisée (recommandée) :

secmed.littoral@emeis.mssante.fr

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.

Un établissement

