

Motif de la demande ☐ Hospitalisation Complète ☐ Hospitalisation de Jour

Motif de la demande

☐ Dr Nathalie MAILLY ☐ Dr Daniel SIMON ☐ Dr Diamel BENAOUMEUR
☐ Dr Stéphanie MIANBERE ☐ Dr Pierrette FLAMENBAUM ☐ Dr Jean-Patrick CARDON
☐ Dr Philippe LEVEQUE ☐ Dr Pierre MESSENDE

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 :
Mail :

COORDONNÉES DU/DES MÉDECIN(S)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre ☐ Médecin généraliste ☐
Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone :
Mail :

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

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone :
Mail :

COUVERTURE SOCIALE

Nom de l'assuré

N° de Sécurité sociale : ☐ CPAM ☐ RSI ☐ MSA ☐ LMDE CMU
☐ SMEREP ☐ Autre, Précisez :

Assurance complémentaire

Nom de la mutuelle : N° adhérent :
Téléphone :

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Portable :
Mail : Lien avec le patient :

PROTECTION JURIDIQUE

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre, précisez :
Nom, Coordonnées :

Nom : Prénom :

MOTIF THÉRAPEUTIQUE

Connaissance du diagnostic : ☐ OUI ☐ NON

Principal :

Secondaire(s) :

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES PERSONNELS :

Date d'apparition des premiers symptômes : | | | | | | | | | |

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 : ☐ OUI ☐ NON Si oui, préciser :

Autonomie ☐ Mobilité réduite : ☐ Commentaires :

Allergies : ☐ OUI ☐ NON Si oui, préciser :

Suivi ambulatoire extérieur : ☐ OUI ☐ NON Si oui, préciser :

Logement : ☐ OUI ☐ 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
AUX COORDONNEES CI-DESSOUS**

Coordonnées du Secrétariat Médical
Tél : 03 21 17 11 11 • Fax : 03 21 17 11 10
E-mail : infirmerie.duvirval@emeis.com

FICHE RÉCAPITULATIVE DES CONTRE-INDICATIONS EN HYDROTHERAPIE ET ACTIVITÉS PHYSIQUES ADAPTÉES (APA)



Nom / Prénom

Date de naissance :

Date de l'évaluation :

Signature du médecin traitant :

VEUILLEZ COCHER LES CONTRE-INDICATIONS CONCERNÉES

Piscine	Sauna	Baignoire hydromassante	Baignoire O'Nitude	Baignoire sèche médicale	Activités Physiques Adaptées
Patient sous traitement antibiotique ☐	Patient porteur d'un pacemaker ☐	Insuffisance veineuse ☐	Hernie discale ☐	Femme enceinte ☐	Contre-indications :
Patient contagieux ☐	Patient porteur d'un cathéter central ☐	Ulcères de jambes ☐	Sciatique ☐	Traitement de la peau par abrasion ☐	Oui ☐
Problématique cutanée (psoriasis en poussée), mycoses, ongles incarnés ☐	Patient dont l'IMC est inférieur à 17,5 ☐	Dermatose ☐	Intervention chirurgicale dorsale ☐	Mineur de moins de 18 ans ☐	Lesquelles ?
Incontinence urinaire ou fécale ☐	Patient ayant subi un curage ganglionnaire ☐	Dermatite infectieuse ☐	Insuffisance veineuse ☐	Claustrophobie ☐	
Insuffisance respiratoire sévère ☐	Patient asthmatique ☐	Poids supérieur à 110 kg ☐	Ulcères de jambes ☐	Médicaments ou préparation végétale provoquant une hypersensibilisation (ATB, anti-rhumatismaux,...) ☐	
Insuffisance cardiaque sévère ☐	Patient de plus de 65ans ☐		Dermatose ☐	Maladies provoquées par la sensibilité de la lumière ☐	Non ☐
	Insuffisance respiratoire sévère ☐		Dermatite infectieuse ☐	Épilepsie ☐	
	Patient sous bêtabloquant à forte dose ☐		Obésité ☐	Poids supérieur à 120 kg ☐	
	Patient sous anticoagulant ☐		Otite ☐		
	Insuffisance cardiaque sévère ☐		Personne à mobilité réduite ☐		
	Hypertension artérielle sévère ☐		Fibromyalgie ☐		