

**Motif de la demande** ☐ Hospitalisation Complète ☐ Hospitalisation de Jour

**Motif de la demande**

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

**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 : .....

**ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS**  
**CONFIDENTIELS**

Nom : ..... Prénom : .....

**MOTIF THÉRAPEUTIQUE**

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