

DEMANDE D'ADMISSION
CLINIQUE DU VIRVAL
À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande Hospitalisation Complète Hospitalisation de Jour

Motif de la demande

<input type="checkbox"/> Dr Pierre MESSENDE	<input type="checkbox"/> Dr Daniel SIMON	<input type="checkbox"/> Dr Nathalie MAILLY
<input type="checkbox"/> Dr Djamel BENAOUUMEUR	<input type="checkbox"/> Dr Jean-Patrick CARDON	
<input type="checkbox"/> Dr Philippe LEVEQUE	<input type="checkbox"/> 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 : Mail :

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 :

Clinique du Virval

180, rue André Trocmé
62100 CALAIS

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

**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

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 emeis.

Un établissement



**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"/>	Traitements de la peau par abrasion	<input type="checkbox"/>	Oui Lesquelles ? <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		
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,...)		
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"/>
	<input type="checkbox"/>	Insuffisance respiratoire sévère	<input type="checkbox"/>			Dermatite infectieuse	<input type="checkbox"/>	Épilepsie	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Patient sous bêtabloquant à forte dose	<input type="checkbox"/>			Obésité	<input type="checkbox"/>	Poids supérieur à 120 kg	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Patient sous anticoagulant	<input type="checkbox"/>			Otite	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Insuffisance cardiaque sévère	<input type="checkbox"/>			Personne à mobilité réduite	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Hypertension artérielle sévère	<input type="checkbox"/>			Fibromyalgie	<input type="checkbox"/>			