

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE DU VIRVAL

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Clinique du Virval

180, rue André Trocmé

62100 CALAIS

Tél. : 03 21 17 11 11 • Fax : 03 21 17 11 10

E-mail : secmed.virval@orpea.net

Motif de la demande

Hospitalisation Complète

Hospitalisation de Jour

Médecin destinataire souhaité

Dr Nathalie MAILLY

Dr Thibault DABLIN

Dr Philippe LEVEQUE

Dr Cyrille GRAS

Dr Pierre MESSENDE

Dr Djamel BENAOUMEUR

Dr Pierrette FLAMENBAUM

Dr Daniel SIMON

Dr Francis VILEYN

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 :

N° d'immatriculation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Assurance complémentaire :

Nom de la mutuelle :

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CPAM RSI MSA LMDE SMEREP

Autre, préciser :

N° adhérent :

Personne à prévenir en cas de nécessité

Nom :

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Lien avec le patient :

Prénom :

Ville :

Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail :

Protection juridique

Tutelle Curatelle Autre, préciser :

Nom et coordonnées :

ÉLÉMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

Clinique du Virval

180, rue André Trocmé

62100 CALAIS

Tél. : 03 21 17 11 11 • Fax : 03 21 17 11 10

E-mail : secmed.virval@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 : 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 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 : secmed.virval@orpea.net

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.