

DEMANDE D'ADMISSION
CLINIQUE PRINCESS
- MEDECINE ENDOCRINOLOGIE,
NUTRITION, MALADIES
METABOLIQUES -
Hospitalisation à temps partiel jour HTPJ

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

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 spécialiste ☐ 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 ☐ Curatelle renforcée
☐ Autre :
Coordonnées :

**ÉLÉMENTS MÉDICAUX
CONFIDENTIELS**

Nom : Prénom :

MOTIFS THÉRAPEUTIQUES

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Surpoids | <input type="checkbox"/> Préparation à la chirurgie bariatrique |
| <input type="checkbox"/> Obésité | <input type="checkbox"/> Suivi post chirurgie bariatrique |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Troubles des conduites alimentaires |
| <input type="checkbox"/> Diabète gestationnel | <input type="checkbox"/> Parcours obésité/PMA |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Histoire de la maladie :

Traitement en cours *Merci de joindre la dernière prescription par fax/mail :*
.....

Poids : Taille : IMC :

Handicap :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, préciser :
Mobilité réduite :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Commentaires :
Allergies :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, préciser :
Suivi ambulatoire extérieur :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, préciser où et quel jour :

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**

Secrétariat Médical
Tél : 05 59 02 13 06 Fax : 05 59 02 13 13
E-mail : cliniqueprincess@emeis.com