

Clinique Princess
6, boulevard Hauterive, 64000 Pau
Tél. : 05 59 02 13 06
Fax : 05 59 02 13 13
E-mail : princess.psy@emeis.com

DEMANDE D'ADMISSION
CLINIQUE PRINCESS
- PSYCHIATRIE ADULTE -
Hospitalisation de jour HDJ

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 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 ☐ Curatelle renforcée
☐ Autre :
Coordonnées :

Nom : Prénom :

MOTIFS THÉRAPEUTIQUES

- | | |
|--|--|
| <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 :

Certificats d'aptitude à la pratique d'activités physiques ci-joint à nous retourner

Antécédents somatiques :

Histoire de la maladie:

États clinique psychique actuel :

États clinique somatique actuel :

Traitement en cours (somatique & psychiatrique) *Merci de joindre la dernière prescription par fax/mail :*

Objectifs de la prise en charge en HDJ :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Stimulation cognitive, mémoire | <input type="checkbox"/> Psycho éducation : ETP bipolarité, trouble de l'humeur |
| <input type="checkbox"/> Stress, anxiété | |
| <input type="checkbox"/> Travail sur l'image de soi | <input type="checkbox"/> Conscience corporelle et activité physique |
| <input type="checkbox"/> Affirmation de soi, habilités sociales | <input type="checkbox"/> Epuisement psychique |
| <input type="checkbox"/> Reprise de l'autonomie | <input type="checkbox"/> Prévention des rechutes des addictions |

Poids : Taille :

Appareillage : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, préciser :
Autonomie : <input type="checkbox"/> Mobilité réduite : <input type="checkbox"/>	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 :
Logement : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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**

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

Je soussigné(e), Dr
certifie que l'état de santé de Monsieur/Madame.....
ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités suivantes :
☐ Activité physique douce (gym, yoga, marche...)
☐ Activité physique modérée (renforcement musculaire, danse...)
☐ Activité physique intense (cardio tonique, boxe...)

Ce certificat est délivré dans le cadre de l'hospitalisation de jour en psychiatrie adultes à la Clinique Princess.

Fait à : Le : | | | | | | | | | |

Signature et cachet du médecin