

DEMANDE D'ADMISSION

À remplir uniquement par le médecin adresseur

Clinique du Vieux Château d'Oc (ex Castelviel)

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Chemin des Affieux • 31180 Castelmaurou Tél.: 05 62 22 96 36 • Fax: 05 62 22 90 50

E-mail: 423adm03@emeis.com Motif de la demande ☐ Hospitalisation Complète ☐ Hospitalisation de Jour TCA (Troubles des Conduites Alimentaire) ☐ Hospitalisation Complète en service d'addictologie : ☐ Hospitalisation de jour Unité de Thérapie Brève Consultation 5 semaines (pièces jointes à fournir au dos) Réactive, hôpital de jour) Si ambulatoire, préciser l'objectif de la prise en charge : Coordonnées du patient adressé par vos soins Sexe : □ F \Box H Nom: Prénom: Nom de jeune fille : Lieu de naissance: Date de naissance : |____| |___| |____| Adresse: Code Postal: | I I I I | Ville: Téléphone : | _ _ _ _ _ _ _ | Portable : | _ _ _ _ _ _ _ | E-mail : Coordonnées du/des médecin(s) Êtes-vous? Si vous n'êtes pas le médecin traitant, coordonnées du médecin traitant : Médecin psychiatre □ Médecin généraliste □ Nom: Nom: Prénom: Prénom: Adresse: Adresse: Code Postal: | I I I I | Ville: Code Postal: | I I I I | Ville: E-mail: E-mail: Couverture sociale Nom de l'assuré : □ CPAM □ RSI □ MSA □ LMDE □ SMEREP ☐ Autre, préciser : Assurance complémentaire : Nom de la mutuelle : N° adhérent : Téléphone : |__ı__ı__ı__ı__ı__ı Personne à prévenir en cas de nécessité Prénom: Nom: Adresse: Code Postal : |__ı_ı_ı__ı Ville: Téléphone: | _ _ _ _ _ _ _ | Portable: | _ _ _ _ _ _ _ | E-mail: Lien avec le patient : **Protection juridique**

☐ Curatelle ordonnées :	□Autre, préciser :		



ELEMENTS MEDICAUX

CONFIDENTIELS

Clinique du Vieux Château d'Oc (ex Castelviel)

Chemin des Affieux • 31180 Castelmaurou Tél.: 05 62 22 96 36 • Fax: 05 62 22 90 50

E-mail: 423adm03@emeis.com

Nom:	Prénom :
Motif Thérapeutique ☐ Troubles de l'humeur ☐ Schizophrénie, autres troubles psychotiques	☐ Troubles anxieux ☐ Troubles de la personnalité
☐ Troubles liés à une substance, préciser :☐ Troubles des conduites alimentaires☐ Autre :	☐ Épuisement professionnel (burn-out) ☐ Troubles du sommeil
Troubles du comportement (agressivité) : Idées suicidaires :	Oui Non Lesquels : Oui Non Commentaires :
Consommation de toxiques (produits utilisés et mode de consommation): Alcool Canabis Cocaïne: - sniffée - injectée - crack/basée/fumée Ghb Ketamine Antécédents somatiques:	☐ Oui ☐ Non ☐ Héroïne ☐ 3mmc/chemsex ☐ Médicaments : si oui le ou lesquels et sous quelle forme de prise (orale, injectée) ☐ Autres :
Antécédents psychiatriques :	
Histoire de la maladie :	
État clinique psychique actuel :	
État clinique somatique actuel : Traitements en cours : somatique & psychiatric	que <i>(Merci de joindre la dernière prescription)</i>
<u>Pièces à joindre</u> : Pour une prise en charge en <u>biologique récent (Hépatique/NFT/TP) et</u>	service d'addictologie, merci de joindre une <u>lettre de motivation ainsi qu'un bila</u> <u>une ordonnance.</u>
Autonomie Mobilité réduite : Allergies :	Non Si oui, préciser : Commentaires : Non Si oui, préciser : Non Si oui, avec qui : Non Commentaires : Non Demande de sevrage
Date souhaitée d'arrivée : ı_ ı_ ı	Date de la demande : ı ı ı

Cachet du médecin :

Obligatoire si envoi par fax/courrier.

Obligatoire si envoi par fax/courrier. Facultatif si envoi par adresse mail du médecin. **ENVOYER VOTRE DEMANDE**

Coordonnées des admissions

Tél: 05 62 22 96 36 • Fax: 05 62 22 90 50

E-mail: 423adm03@emeis.com