DEMANDE D'ADMISSION

À remplir uniquement par le médecin adresseur

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

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

Motif de la demande

☐ Hospitalisation Complète

☐ Hospitalisation Complète en service d'addictologie* 5 semaines (pièces jointes à fournir au dos)

☐ Hospitalisation de Jour TCA (Troubles des Conduites Alimentaire)

☐ Hospitalisation de jour Unité de Thérapie Brève Consultation Réactive, hôpital de jour)

☐ Hospitalisation de jour Unité TDAH :
--->Disponibilité: Lundi matin ☐ / AM ☐ - Mercredi matin ☐ / AM ☐

Si ambulatoire, préciser l'objectif de la prise en charge :

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 : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| E-mail :

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 :
☐ CPAM ☐ RSI ☐ MSA ☐ LMDE ☐ SMEREP
N° d'immatriculation : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__| ☐ Autre, préciser :
Assurance complémentaire :
Nom de la mutuelle :
N° adhérent :
Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Personne à prévenir en cas de nécessité

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : |__|__|__|__|__| Ville :
Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Portable : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| E-mail :
Lien avec le patient :

Protection juridique

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre, préciser :
Nom et coordonnées :

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 liés à une substance, préciser :
☐ Troubles des conduites alimentaires
☐ TDAH : diagnostiqué par : Dr_____
☐ Troubles anxieux
☐ Troubles de la personnalité
☐ Épuisement professionnel (burn-out)
☐ Troubles du sommeil

Traitements en cours ? ☐ oui ☐ non Lesquels :

Troubles du comportement (agressivité...) : ☐ Oui ☐ Non

Idées suicidaires : ☐ Oui ☐ Non Commentaires :

Consommation de toxiques : ☐ oui ☐ non
(produits utilisés et mode de consommation) :

☐ Alcool
☐ Cannabis
☐ Cocaïne : - sniffée
- injectée
- crack/basée/fumée
☐ Ghb ☐ Ketamine
☐ Héroïne
☐ 3mmc/chemsex
☐ Médicaments : si oui le ou lesquels et sous quelle forme de prise (orale, injectée...)
☐ Autres :

Antécédents somatiques :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

État clinique somatique actuel :

Si traitements en cours somatique/psychiatrique : ***Merci de joindre la dernière ordonnance***

Pièces à joindre** : Pour une prise en charge en service d'addictologie, merci de bien vouloir joindre une ***lettre de motivation ainsi qu'un bilan biologique récent (Hépatique/NFS/TP) et votre dernière ordonnance.

Poids : Taille :

Appareillage : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :

Patient Autonome : ☐ Oui ☐ Non Si non précisez : Mobilité réduite : Commentaires :

Allergies : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :

Suivi ambulatoire extérieur : ☐ Oui ☐ Non Si oui, avec qui :

Logement : ☐ Oui ☐ Non Commentaires :

Patient fumeur ☐ Oui ☐ Non Demande de sevrage ☐ Oui ☐ Non

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
Coordonnées des admissions
Tél : 05 62 22 96 36 • Fax : 05 62 22 90 50
E-mail : 423adm03@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.