



ELEMENTS MEDICAUX

CONFIDENTIELS

Clinique du Vieux Château d'Oc
(ex Castelvieu)

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 | ☐ Troubles anxieux |
| ☐ Schizophrénie, autres troubles psychotiques | ☐ Troubles de la personnalité |
| ☐ Troubles liés à une substance, préciser : | ☐ Épuisement professionnel (burn-out) |
| ☐ Troubles des conduites alimentaires | ☐ Troubles du sommeil |
| ☐ Autre : | |
| Troubles du comportement (agressivité...) : ☐ Oui ☐ Non | Lesquels : |
| Idées suicidaires : ☐ Oui ☐ Non | Commentaires : |
| Consommation de toxiques (produits utilisés et mode de consommation) : ☐ Oui ☐ Non | |
| ☐ Alcool | ☐ Héroïne |
| ☐ Cannabis | ☐ 3mmc/chemsex |
| ☐ Cocaïne : - sniffée | ☐ Médicaments : si oui le ou lesquels et sous quelle forme de prise (orale, injectée...) |
| - injectée | ☐ Autres : |
| - crack/basée/fumée | |
| ☐ Ghb | ☐ Ketamine |

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)**

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

- | | | |
|---|--|----------------|
| 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 : | |
| 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