

Code Postal : |__ı_ı_ı_ı_

Téléphone du référent : | _ | _ | _ | _ | _ | E-mail :

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE REGINA

Services de pédopsychiatrie - PATIENT ADOLESCENT -

À remplir uniquement par le médecin adresseur ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Coordonnées du patient adressé par vos soins	
Sexe : ☐ F ☐ H Prénom : Lieu de naissance : Adresse : Code Postal : ☐ I ☐ I ☐ Ville :	Nom : Date de naissance : ı_ ı_ ı
Coordonnées du/des médecin(s)	
Êtes-vous ? Médecin psychiatre □ Médecin généraliste □	Si vous n'êtes pas le médecin traitant, coordonnées du médecin traitant :
Nom : Prénom : Adresse : Code Postal : Ville : Téléphone : Ultimate : E-mail :	Nom : Prénom : Adresse : Code Postal : ı_ı_ı_ Ville : Téléphone : _ ı_ ı_ ı_ ı_ ı_ ı_ ı_ F-mail :
Couverture sociale	
Nom de l'assuré : N° d'immatriculation : ııııııı_ _ Assurance complémentaire : Nom de la mutuelle : Téléphone ıııı Documents à joindre obligatoirement : carte mutuelle et ca	N° adhérent :
Représentants légaux	and vitale ad patients
Père : Nom : Prénom : Adresse : V Code Postal : iii Téléphone : iii Portable : ii Mère :	/ille : E-mail :
Code Postal : III	/ille : _iiiii
Lieu de vie en cas de placement : Nom de l'établissement : Adresse :	

Ville:





Motif Thérapeutique :			□ -	
☐ Troubles de l'humeur	1 2		☐ Troubles anxieux	
Schizophrénie, autres troubles			☐ Troubles de la personnalité	
Troubles liés à une substance			☐ Troubles du sommeil	
Troubles des conduites alimen				
Si oui, Taille : IMC :	Poids actuel :			
Poids le plus haut connu : IMC :	date:			
Poids le plus bas connu : IMC : Autre :	date:	☐ Non		
Troubles du comportement (agressivité) : □ Oui				
Lesquels :	oorvito			
Idées suicidaires :	Oui	☐ Non	Commentaires :	
Consommation de toxiques :	□ Oui	☐ Non	Lesquels:	
Consommation de toxiques :			2004000	
Antécédents somatiques :				
Antécédents psychiatriques, fa	miliaux :			
Histoire de la maladie, historiqu précédentes hospitalisations :	e du suivi et des			
État clinique psychique actuel :				
État clinique somatique actuel	:			
Motif de la demande de prise el Quelles sont vos attentes ?	n charge en HDJ.			
Votre enfant bénéficie-t-il d'un éducatif ? type de mesure : AE				



CONFIDENTIELS ÉLÉMENTS MEDICAUX

Inscription scolaire actuelle	
L'enfant est-il actuellement inscrit dans un établissement scolaire ?	
□ Oui □ Non	
· Si oui :	
· Classe :	
Établissement :	
Aménagements scolaires	
Le patient bénéficie-t-il d'un aménagement de la scolarité ?	
□ Oui □ Non	
· Si oui, précisez :	
□ PAI □ PAP □ AESH □ Autre :	
Reconnaissance MDPH	
Le patient bénéficie-t-il d'une reconnaissance par la MDPH ?	
□ Oui □ Non	
Si oui, précisez :	
Déscolarisation	
· L'enfant est-il déscolarisé ?	
□ Oui □ Non	
· Si oui, depuis quand?	
Traitements en cours (somatique & psychiatrique) (Merci de joindre la dernière prescription par fax / par mail) :	
Poids: Taille: Appareillage: Oui Non Si oui, préciser: Autonomie: Oui Non Mobilité réduite: Commentaires: Allergies: Oui Non Si oui, préciser: Suivi ambulatoire extérieur: Oui Non Si oui, avec qui: Hébergement stable: Oui Non Commentaires:	
Date souhaitée d'arrivée : i_ i _i_i Date de la demande : i_ i _i _i	
Vous pouvez joindre au dossier les pièces complémentaires suivantes : Courier médical détaillé Dernière ordonnance Comptes rendus d'hospitalisation Comptes rendus de bilan Cachet du médecin : Obligatoire si envoi par fax/courrier. Facultatif si envoi par adresse mail du médecin. ENVOYER VOTRE DEMANDE	
Coordonnées du Secrétariat Médical	

Tél: 04 50 10 52 20 • Fax: 04 50 10 52 21

E-mail: secmed.sevrier@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