

Adresse :

.....

Téléphone :

Personne à prévenir :

Nom Prénom : Lien de parenté :

Couverture santé

Mutuelle : OUI NON, si oui laquelle.....

CMU : OUI NON

ALD (Affection Longue Durée) OUI NON, si oui, validité de à

INFORMATIONS SOCIO-EDUCATIVES ET JUDICIAIRES

Patient sous mesure judiciaire : OUI NON,

Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle Tutelle aux prestations sociales

Si oui :

Nom

Prénom.....

Adresse.....

Tél.....

Mesure d'accompagnement éducatif : OUI NON , si oui :

AEMO Placement APJM FDAJ

Référent ASE : Nom

Prénom.....

Adresse.....

Tél.....

Organisme AEMO : Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

Tél.....

Si placement : Coordonnées ASFAM ou Foyer

Nom.....

Adresse.....

Tél.....

Clinique Lautre

SARL Clinique du Château de Loos

1 rue de Londres - 59120 LOOS

Tél. : 03.20.57.88.09 - Fax : 03.20.57.44.54

Siret : 45402081900024

INFORMATIONS SCOLAIRES OU PROFESSIONNELLES

Scolarisé(e) : OUI NON,

Si OUI, scolarisé(e) en classe de :

Si NON, déscolarisé(e) depuis le :

Scolarité suspendue depuis le :

Établissement scolaire :

En activités professionnelles

Autres :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Motif d'hospitalisation :

.....
.....
.....

Médecin adresseur : Psychiatre Médecin généraliste

Nom : Dr.

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Mail :

Médecin référent (= médecin traitant) : *(si différent du médecin adresseur)*

Nom : Dr.

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Mail :

Êtes-vous suivi(e) par un psychiatre ? : OUI NON

Nom : Dr.

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Mail :

Antécédent(s) Majeur(s) :

.....
.....
.....
.....

Allergie(s) :

.....
.....
.....

Clinique Lautreámont

SARL Clinique du Château de Loos

1 rue de Londres - 59120 LOOS

Tél. : 03.20.57.88.09 - Fax : 03.20.57.44.54

Siret : 45402081900024

Régime alimentaire :

.....
.....
.....

Traitement(s) en cours :

.....
.....
.....

Merci de nous ramener vos derniers bilans sanguins, radiologies et compte-rendus opératoires

Après réception, le présent dossier sera étudié dans les plus brefs délais lors de la commission d'admission quotidienne. Nous vous recontacterons le plus rapidement possible.

Cadre réservé à la clinique

Accord de la commission d'admission : Admission Pré-admission Refus
: HC HDJ HDN

Avis médical/Motif du refus :

Avis de la direction :