Clinique Marigny

2, rue du Treil
31140 SAINT-LOUP CAMMAS
Tél. : 05 62 22 98 33 • Fax : 05 61 35 02 82
E-mail : admission4.marigny@emeis.com

DEMANDE D'ADMISSION
CLINIQUE MARIGNY
- PATIENT ADOLESCENT -

À remplir uniquement par le médecin adresseur

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

☐ Hospitalisation Complète ☐ Hospitalisation de Jour Jeunes Adultes +16 ans

COORDONNÉES DU PATIENT

Sexe : ☐ F ☐ H Nom : .....

Prénom : ..... Lieu de naissance : .....

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom de la mutuelle : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail : .....

Scolarisé : ☐ Oui ☐ Non Etablissement scolaire : .....

COORDONNÉES DU PÈRE

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : |_|_|_|_|_|

Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail : .....

COORDONNÉES DE LA MÈRE

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : |_|_|_|_|_|

Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail : .....

COORDONNÉES DU RÉFÉRENT ASE

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : |_|_|_|_|_|

Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail : .....

COORDONNÉES DE LA FAMILLE D'ACCUEIL / MECS

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : |_|_|_|_|_|

Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail : .....

COORDONNÉES DE L'ASSISTANTE SOCIALE

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : |_|_|_|_|_|

Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail : .....

COORDONNÉES DE LA PSYCHOLOGUE

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : |_|_|_|_|_|

Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail : .....

Clinique Marigny

2, rue du Treil
31140 SAINT-LOUP CAMMAS
Tél. : 05 62 22 98 33 • Fax : 05 61 35 02 82
E-mail : admission4.marigny@emeis.com

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS
CONFIDENTIELS

COORDONNÉES DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
.....
Code postal : |_|_|_|_|_|
Ville : .....
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Mail : .....

COORDONNÉES DU PSYCHIATRE

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
.....
Code postal : |_|_|_|_|_|
Ville : .....
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Mail : .....

ELEMENTS MEDICAUX :

- ☐ Troubles de l'humeur
- ☐ Schizophrénie, autres troubles psychotiques
- ☐ Troubles liés à une substance, préciser :
- ☐ Troubles anxieux
- ☐ Troubles de la personnalité
- ☐ Déscolarisation / Isolement social
- ☐ Troubles du sommeil
- ☐ Autre : .....

Troubles du comportement (agressivité...) : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :
Idées suicidaires : ☐ Oui ☐ Non Niveau : ☐ faible ☐ moyen ☐ élevé
Troubles des conduites alimentaires : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :
Acceptation des soins / hospitalisation : ☐ Oui ☐ Non

Objectifs attendus de l'hospitalisation :

Antécédents personnels **(médicaux, chirurgicaux, psychiatriques)** :

Antécédents familiaux **(médicaux, chirurgicaux, psychiatriques)** :

Prise en charge actuelle :

Traitements médicamenteux en cours **(Merci de joindre la dernière prescription par fax / par mail)** :

Traitements non médicamenteux (psychothérapie, hypnose) :

CACHET DU MÉDECIN :

Obligatoire si envoi par fax/courrier.
Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.

ENVOYER VOTRE DEMANDE AUX COORDONNEES CI-DESSOUS

Coordonnées du Secrétariat Médical
Tél : 05 62 22 98 33 • Fax : 05 61 35 02 82
E-mail : admission4.marigny@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 de santé pour le compte de son patient : il est fondé sur le consentement du demandeur et de son patient. Les destinataires de ces données sont le personnel habilité de la Clinique et du siège du Groupe emeis.

Un établissement emeis