



DEMANDE D'ADMISSION PATIENT ADULTE

Clinique du Château de Seysses

À remplir uniquement par le médecin adresseur

14 place de la libération • 31600 SEYSSES

Tél. : 05 62 23 90 90 • Fax : 05 62 23 90 91

E-mail : admissions.seysses@emeis.com

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

☐ Hospitalisation Complète

☐ Hospitalisation de Jour / Dépression

☐ Hospitalisation Complète en Gériatrie / Psychiatrie

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 :

☐ À qui s'adresser pour l'admission / Est-ce que le patient est déjà été hospitalisé dans une structure ? ☐ Oui* ☐ Non

*Lieu / Contact : _____

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 :

☐ ALD

Assurance complémentaire :

Nom de la mutuelle :

N° adhérent :

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

*Pièces à joindre : **CARTE IDENTITE – CARTE MUTUELLE EN COURS DE VALIDITÉ**

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 :

E-mail :

Nom :

Prénom :

Motif Thérapeutique

- ☐ Troubles de l'humeur
☐ Schizophrénie, autres troubles psychotiques
☐ Troubles liés à une substance, préciser :
☐ Troubles des conduites alimentaires

- ☐ Troubles anxieux
☐ Troubles de la personnalité
☐ Épuisement professionnel (burn-out)

☐ Troubles Neuro Cognitif :

[Joindre Bilan spécifique + Dernier MMSE](#)

Lesquels :

 Traitements en cours ? ☐ Oui* ☐ Non *[Merci de joindre la dernière ordonnance](#)

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

 Idées suicidaires : ☐ Oui ☐ Non Commentaires :

 Consommation de toxiques : ☐ oui ☐ non

- ☐ Alcool - ☐ Cannabis - ☐ Cocaïne - ☐ Héroïne - ☐ Ghb
☐ 3mmc/chemsex - ☐ Médicaments - ☐ Kétamine - ☐ Autres

Antécédents somatiques :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

État clinique somatique actuel :

POIDS :

KG

-

TAILLE :

CM

AUTONOMIE : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez :

RISQUE de :

- Marche seul : ☐ Oui ☐ Non
 Toilette seul : ☐ Oui ☐ Non
 Mange Seul : ☐ Oui ☐ Non
 Elimination seul : ☐ Oui ☐ Non

- Chute : ☐ Oui ☐ Non
 Trouble de la déglutition : ☐ Oui ☐ Non
 Crise Convulsive : ☐ Oui ☐ Non
 Infection : ☐ Oui ☐ Non

Appareillage :

Allergie :

Suivie ambulatoire extérieur :

Une pathologie cardiaque :

Une altération cognitive sévère :

Sous O² :

Un état de dénutrition :

Atteint d'une maladie chronique :

Porteur d'un handicap :

Logement :

☐ Oui☐ Non

Si oui, précisez :

- ☐ Non ☐ Oui
☐ Non ☐ Oui
☐ Non ☐ Oui
☐ Non ☐ Oui
☐ Non ☐ Oui
☐ Non ☐ Oui
☐ Non ☐ Oui
☐ Non ☐ Oui

si Non qui s'engage à accueillir la personne à la sortie.

 Famille ☐ - Foyer ☐ - Amis ☐ - Autre ☐

Contact + N° de tél :

Date souhaitée d'arrivée : |_|_| | |_|_| | |_|_|_|

Date de la demande : |_|_| | |_|_| | |_|_|_|

Cachet du médecin :

Obligatoire

ENVOYER VOTRE DEMANDE

Coordonnées des admissions

Tél : 05 62 23 90 25 • Fax : 05 62 23 90 91

E-mail : admissions.seysses@emeis.com