

DEMANDE D'ADMISSION

A remplir uniquement par le médecin adresseur et à retourner au service des admissions par mail : admissions@valdestreilles.fr ou fax : 04 93 09 77 99

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Coordonnées du patient adressé par vos soins

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Code postal du lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Email :

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 :

DEMANDE D'ADMISSION

A remplir uniquement par le médecin adresseur et à retourner au service des admissions par mail : admissions@valdestreilles.fr ou fax : 04 93 09 77 99

Couverture sociale

Nom de l'assuré : N° SS :

CPAM RSI MSA LMDE SMEREP Autre, précisez :

Nom de la mutuelle : N° adhérent :

Personne à prévenir en cas de nécessité

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

Lien avec le patient :

Mesure de protection

Tutelle Curatelle Autre, précisez :

Nom et coordonnées de la personne mandatée :

Logement fixe : OUI NON

Retour possible sur le lieu
d'origine à la suite de
l'hospitalisation OUI NON

Patient consentent à une
hospitalisation OUI NON

DEMANDE D'ADMISSION

A remplir uniquement par le médecin adresseur et à retourner au service des admissions par mail : admissions@valdestreilles.fr ou fax : 04 93 09 77 99

ÉLÉMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

Nom :

Prénom :

Taille : cm

Poids : kg

Motif thérapeutique

Troubles de l'humeur

Troubles des conduites alimentaires

Troubles anxieux

Épuisement professionnel

Troubles de la personnalité

Troubles du sommeil

Addiction(s), précisez :

Autre :

Troubles du comportement :

Idées suicidaires :

Oui → Lesquels :

Oui

Non

Non

Commentaires :

Consommation de toxiques :

Oui → Lesquels :

Non

Antécédents somatiques :

Antécédents psychiatriques :

État clinique psychique actuel :

DEMANDE D'ADMISSION

A remplir uniquement par le médecin adresseur et à retourner au service des admissions par mail : admissions@valdestreilles.fr ou fax : 04 93 09 77 99

Grille AGIR :

A : Autonome pour cette activité B : Intermédiaire C : Perte d'autonomie	Éléments actuels		
	A	B	C
Cohérence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élimination urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élimination fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication à distance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appareillage

Oui → Lesquels

Non

Besoin d'oxygène

Oui

Non

Allergies

Oui → Lesquelles

Non

Traitements en cours (somatique ET psychiatrique)

merci de joindre la dernière prescription
(obligatoire)

Examens complémentaires récents (< 1 mois) (merci de joindre le dernier bilan sanguin si disponible)

Date de la demande :

Signature et cachet du médecin