

# CLINIQUE DU ROUSSILLON

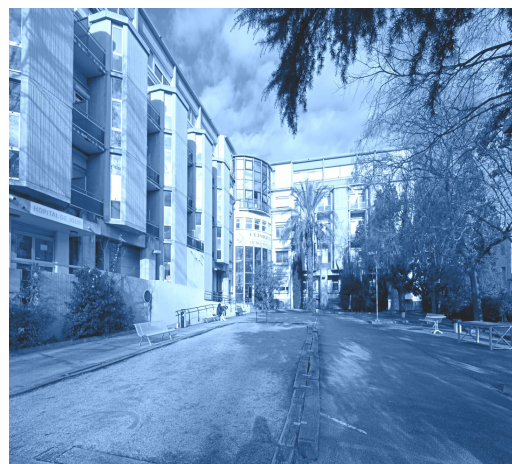
289, Avenue Maréchal Joffre

66 000 PERPIGNAN

☎ 04 68 34 64 63

☎ 04 68 34 66 62

## DOSSIER DE PRE-ADMISSION



### VOLET ADMINISTRATIF

Date de la demande : .....

Demandé(e) par le Docteur : .....

Tél : .....

<b>PATIENT</b> Nom : ..... Nom de jeune fille : ..... Prénom : ..... Né(e) le ..... à ..... Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : ..... Téléphone : ..... Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<b>COUVERTURE SOCIALE</b> N° SS : ..... Caisse : ..... CMU : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ALD 100% jusqu'à : ..... <b>MUTUELLE</b> : ..... N°Adhérent : .....
<b>MEDECIN TRAITANT</b> Nom, Prénom : ..... Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : ..... Téléphone : .....	<b>MEDECIN PSYCHIATRE</b> Nom, Prénom : ..... Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : ..... Téléphone : .....
<b>PROTECTION JURIDIQUE</b> Une protection juridique est-elle en place ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice Si oui, indiquez l'organisme et /ou le nom de la personne désignée : ..... ..... .....	<b>PERSONNE (S) A PREVENIR</b> Nom, Prénom : ..... Lien de parenté : ..... Adresse : ..... Téléphone : .....  Nom, Prénom : ..... Lien de parenté : ..... Adresse : ..... Téléphone : .....

Diagnostic(s) psychiatrique(s) et/ou neurologique(s) :


Motif de l'entrée :

RENSEIGNEMENTS PSYCHIATRIQUES	OUI	NON	ANTECEDENT EN REMISSION
Trouble de l'humeur			
Trouble anxieux			
Trouble psychotique			
Trouble du comportement			
Trouble conduite alimentaire			
Trouble lié à la consommation de substance(s)			
Si oui le(s)quel(s) : <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Cocaïne <input type="checkbox"/> Opiacés <input type="checkbox"/> Médicaments hypnotiques			

	OUI	NON	
Antécédent suicidaire			Si oui ,date Risque actuel ? <input type="checkbox"/>
Antécédent socio-judiciaire			Si oui ,précisez :

## VOLET MEDICAL SOMATIQUE (à remplir par le médecin adresseur)

Poids :	Taille :	IMC :
---------	----------	-------

<b>ANTECEDENTS SOMATIQUES</b> <i>(Dont handicap(s) sensoriel(s))</i> ..... ..... ..... ..... .....	<b>TRAITEMENT</b> ..... ..... ..... ..... .....
<b>ALLERGIES CONNUES OU INTOLERANCES</b> <i>(Médicamenteuses, alimentaires, ...)</i> ..... ..... .....	<b>REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER</b> .....  <b>TEXTURE</b> <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Hachée
 <b>JOINDRE DERNIERE ORDONNANCE ET RESULTATS DES DERNIERS EXAMENS MEDICAUX</b>	

Date d'admission souhaitée :

Chambre particulière demandée  Oui  Non

AVIS MEDICAL	AVIS COMMISSION ADMISSION
<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable Argumentaire refus	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable Argumentaire refus :

