



DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE MARIGNY - PATIENT ADOLESCENT -

À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Hospitalisation Complète

Hospitalisation de Jour Jeunes Adultes +16 ans

Coordonnées du patient

Prénom

Sexe : Fille Garçon

Adresse :

.....
.....

Code Postal :

Téléphone :

Scolarisé : Oui Non

Nom :

Date de naissance :

Numéro de Sécurité Social :

Mutuelle :

Ville :

Portable : E-mail :

Etablissement scolaire :

Coordonnées du père

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

Coordonnées de la mère

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

Coordonnées du référent ASE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

Coordonnées de la famille d'accueil / MECS

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

Coordonnées de l'assistante sociale

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

Coordonnées de la psychologue

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

Coordonnées du médecin généraliste

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

Coordonnées du psychiatre

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

E-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 élevéTroubles 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 :