DEMANDE D'ADMISSION
CLINIQUE LA LIRONDE
- PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Clinique La Lironde
Boulevard de la Lironde
34980 Saint-Clément-de-Rivière
Tél. : 04 67 59 32 00 • Fax : 04 67 59 31 91
E-mail : admission.lironde@orpea.net

Motif de la demande

☐ Hospitalisation Complète

Coordonnées du patient adressé par vos soins

Sexe : ☐ F ☐ H
Nom :
Prénom :
Nom de jeune fille :
Lieu de naissance :
Date de naissance : |_ı_|_ı_|_ı_ı_ı_|
Adresse :
Code Postal : |_ı_ı_ı_ı_|
Ville :
Téléphone : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|
Portable : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|
E-mail :

Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ?
Médecin psychiatre ☐ Médecin généraliste ☐

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : |_ı_ı_ı_ı_| Ville :
Téléphone : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|
E-mail :

Si vous n'êtes pas le médecin traitant, coordonnées du médecin traitant :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : |_ı_ı_ı_ı_| Ville :
Téléphone : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|
E-mail :

Couverture sociale

Nom de l'assuré : ☐ CPAM ☐ RSI ☐ MSA ☐ LMDE ☐ SMEREP
N° d'immatriculation : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|_ı_ı_| ☐ Autre, préciser :
Assurance complémentaire :
Nom de la mutuelle :
N° adhérent :
Téléphone : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|

Personne à prévenir en cas de nécessité

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : |_ı_ı_ı_ı_|
Ville :
Téléphone : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|
Portable : |_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_ı_|
E-mail :
Lien avec le patient :

Protection juridique

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre, préciser :
Nom et coordonnées :

ÉLÉMENTS MÉDICAUX

CONFIDENTIELS

Clinique La Lironde
Boulevard de la Lironde
34980 Saint-Clément-de-Rivière
Tél. : 04 67 59 32 00 • Fax : 04 67 59 31 91
E-mail : admission.lironde@orpea.net

Nom : Prénom :

Motif Thérapeutique

☐ Troubles de l'humeur
☐ Schizophrénie, autres troubles psychotiques
☐ Troubles liés à une substance, préciser :
☐ Troubles des conduites alimentaires
☐ Autre :
☐ Troubles anxieux
☐ Troubles de la personnalité
☐ Épuisement professionnel (burn-out)
☐ Troubles du sommeil

Troubles du comportement (agressivité...) : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :
Idées suicidaires : ☐ Oui ☐ Non Commentaires :
Consommation de toxiques : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :

Antécédents somatiques :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

État clinique somatique actuel :

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

Poids : Taille :
Appareillage : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :
Autonomie ☐ Mobilité réduite : ☐ Commentaires :
Allergies : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :
Suivi ambulatoire extérieur : ☐ Oui ☐ Non Si oui, avec qui :
Logement : ☐ Oui ☐ Non Commentaires :

Date souhaitée d'arrivée : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| **Date de la demande :** |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

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

ENVOYER VOTRE DEMANDE

Coordonnées du Secrétariat Médical
Tél : 04 67 59 32 00 • Fax : 04 67 59 31 91
E-mail : admission.lironde@orpea.net

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.