

CLINIQUE MARIIGNY - SAINT LOUP CAMMAS

FICHE DE DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS
 (A remplir par le médecin demandeur de l'hospitalisation)
 Tél : 05 62 22 98 40 / Fax : 05 61 35 02 82 / admission.marigny@orpea.net

Date de la demande :

Coordonnées du patient

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél :

Numéro de sécurité sociale :

Mutuelle :

Coordonnées de la personne à prévenir

Nom et Prénom :

Lien de parenté :

Tél :

L'hospitalisation du patient

Patient sous protection juridique : OUI NON

Si oui précisez :

Nom et Prénom du médecin traitant ou adresseur :

Adresse :

Tél et mail :

Motif d'hospitalisation :

Antécédents psychiatriques :

Risque suicidaire : OUI NON Niveau du risque : FAIBLE MOYEN ELEVE

Antécédents d'hospitalisation en milieu psychiatrique : OUI NON

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Acceptation des soins et de l'hospitalisation : OUI NON

Porteur d'une BMR : OUI NON

Boire et Manger	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Dépendance partielle	<input type="checkbox"/> Dépendance totale
Se Mouvoir	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Dépendance partielle	<input type="checkbox"/> Dépendance totale
Se vêtir, se dévêtir	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Dépendance partielle	<input type="checkbox"/> Dépendance totale
Eliminer	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Dépendance partielle	<input type="checkbox"/> Dépendance totale

Traitement médicamenteux en cours :

Nom et signature du médecin demandeur