

## DOSSIER DE DEMANDE D'HOSPITALISATION COMPLETE

Docteur,

Vous faites une demande d'admission à la Clinique des Trois Cyprès pour l'un de vos patients. Des éléments administratifs et médicaux nous sont indispensables à recueillir en amont pour valider l'hospitalisation de votre patient.

Date de la demande : ...../...../.....

### MEDECIN / SERVICE ADRESSEUR

Nom du médecin : ..... Nom de la structure : .....  
Téléphone : ..... E-Mail : .....  
Date d'entrée souhaitée : ...../...../..... Service : ☐ Adultes ☐ Jeunes adultes ☐ Adolescents

### PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : ...../...../.....  
Adresse : .....  
Téléphone : ..... E-Mail : .....  
Provenance : ☐ Domicile ☐ Transfert d'un autre établissement : .....  
Mesure de protection : ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ AEMO ☐ Autre  
Organisme : ..... Contact : ..... Téléphone : .....

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE A PREVENIR – DE CONFIANCE - TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE

Nom de la personne de confiance : ..... Tél. : .....  
Nom de la personne à prévenir / des titulaires de l'autorité parentale : ..... Tél. : .....  
..... Tél. : .....  
Autorité parentale : ☐ Individuelle ☐ Conjointe

### DROITS SECURITE SOCIALE / MUTUELLE

N° Sécurité sociale : ..... Nom de la caisse : .....  
☐ Mutuelle : (joindre attestation avec droits à jour) ..... N° adhérent : .....  
☐ CMUC : droits du ...../...../..... au ...../...../.....  
☐ AME : droits du ...../...../..... au ...../...../.....  
**Assuré(e) si différent du patient**  
Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....  
Adresse : .....  
Téléphone : ..... N° Sécurité sociale : .....

### PRESTATIONS HOTELIERES

☐ Souhait d'une chambre particulière au tarif en vigueur (diverses prestations hôtelières sont proposées pouvant être également incluses dans différents forfaits)

### PIECES A FOURNIR LE JOUR DE L'ADMISSION

☐ CNI ou passeport (original) ou titre de séjour  
☐ Carte de sécurité sociale  
☐ Carte de mutuelle avec droits à jour



Les bagages sont limités à 1 seule valise ; l'établissement se réserve le droit de refuser l'admission du patient si ce critère n'est pas respecté. Si le patient se présente dans l'établissement avec plus de deux bagages, la Clinique se réserve le droit de stocker vos affaires au sous-sol de l'établissement, se dégageant de toute responsabilité en cas de vol ou de détérioration.

## VOLET MEDICAL (A remplir par le médecin)

**Ces informations sont indispensables pour une prise en charge optimale.**

### MOTIF D'HOSPITALISATION / PROJET THERAPEUTIQUE

Motif d'hospitalisation : .....

Objectifs de la prise en charge pendant l'hospitalisation : .....

### SUIVI ACTUEL et ENVOI DE LA LETTRE DE LIAISON A LA SORTIE

☐ Psychiatre : ..... Téléphone : .....  
Adresse : .....

☐ Médecin traitant : ..... Téléphone : .....  
Adresse : .....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Antécédents psychiatriques : .....

Antécédents somatiques (médicaux / chirurgicaux) : .....

#### Pathologies chroniques :

☐ Infection BMR – germe : ..... ☐ Transplantation d'organe  
☐ Autre infection : ..... ☐ Insuffisance cardiaque – rénale – respiratoire (*barrer les mentions inutiles*)  
☐ BPCO ☐ Trachéotomie

Traitement médicamenteux somatique actuel  
avec posologie (joindre l'ordonnance) : .....

Traitement médicamenteux psychiatrique actuel avec posologie (joindre  
l'ordonnance) : .....

#### Autres traitements :

☐ Radiothérapie ☐ Dialyse ☐ Corticothérapie  
☐ Chimiothérapie ☐ Immunosuppresseurs ☐ Oxygénothérapie / aérosols

#### Examen clinique :

Poids : ..... Taille : ..... Allergies connues : .....  
Signes cliniques actuels : .....

#### Comportements addictifs :

☐ Tabac ☐ Opiacés ☐ Jeux : .....  
☐ Alcool ☐ Cocaïne ☐ Troubles du Comportement alimentaire  
☐ Cannabis ☐ Benzodiazépines ☐ Autres : .....

#### Etat de dépendance :

**Motricité :** ☐ Normale ☐ Avec aide ☐ Avec fauteuil ☐ Alité  
**Toilette :** ☐ seul ☐ avec aide  
**Elimination :** ☐ normale ☐ Incontinence (préciser) : .....  
**Etat cutané :** ☐ sain ☐ dermatite / escarre  
**Alimentation :** ☐ normale ☐ avec aide Texture : ☐ normale ☐ hachée ☐ mixée  
**Etat psychique :** ☐ agité ☐ dément  
☐ normale ☐ agressif ☐ risque suicidaire  
☐ dépressif ☐ désorienté ☐ trouble de la mémoire

*En cas de programmation de consultation ou d'examen pour convenance personnelle pendant l'hospitalisation, le transport sera à la charge du patient (conformément à la Réforme des transports entrée en vigueur le 01 octobre 2018).*

Signature et tampon du médecin adresseur :