

MAISON DE SANTE SAINTE MARGUERITE

68, Grand Rue 57680 NOVEANT SUR MOSELLE

téléphone : 03 87 52 83 22 - télécopie : 03 87 52 80 58

(Messagerie Sécurisée à privilégier par les Professionnels de santé et/ou par les Patients en utilisant

Mon espace santé) secretariat.clinique-stemarguerite@sante-grand-est.mssante.fr(Boîte mail générique) secretariat@clinique-stemarguerite.fr

FICHE DE DEMANDE D'ADMISSION

à compléter par votre médecin

1. Origine de la demande (adresse complète, numéro de téléphone, courriel)

- Etablissement de santé : _____

- Médecin généraliste : _____

- Médecin spécialiste : _____

2. Renseignements concernant le Patient

- Nom de naissance et nom d'usage : _____
- Prénom : _____
- Date et lieu de naissance : _____
- Adresse : _____
- Nationalité : _____
- Responsabilité légale* : capable majeur – majeur protégé * rayer la mention inutile
- Nature de la protection : sauvegarde / curatelle / tutelle
Le recueil du consentement du tuteur, en sa qualité de représentant légal, est juridiquement nécessaire avant de réaliser un acte médical sur la personne protégée.
- ☎ téléphone fixe : _____
- Ⓜ portable (à joindre pour programmation de l'admission) : _____
- Adresse mail (nécessaire pour suivi du dossier) : _____

3. Renseignements administratifs

- Sécurité Sociale Nom de l'assuré : _____
Numéro de Sécurité Sociale : _____
Adresse : _____
- Mutuelle Nom de la Mutuelle : _____
Adresse : _____
Numéro de téléphone : _____
Numéro d'adhérent : _____

4. Renseignements médicaux (à compléter par votre médecin généraliste ou spécialiste)

- ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES (*merci de fournir les comptes-rendus de sortie ou d'examens complémentaires des séjours précédents*)

- ANTECEDENTS SOMATIQUES

- DESCRIPTION DE LA MALADIE

- DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET LONGITUDINAL

- TRAITEMENT ACTUEL (à compléter OU joindre les dernières ordonnances)

traitement psychiatrique (spécialités, posologie, répartition)	traitement somatique (spécialités, posologie, répartition)



- ALLERGIE MEDICAMENTEUSE ET AUTRE :

- OBJECTIFS DU SEJOUR

- TAILLE et POIDS du PATIENT _____ cm _____ kg

- AUTONOMIE DU PATIENT (alimentation, hygiène, habillage, incontinence, communication, déplacement)

□ Merci de nous adresser le compte-rendu des hospitalisations antérieures en votre possession

- DATE, CACHET et SIGNATURE
du médecin adresseur _____

5. Documents à fournir par le Patient

Nous vous remercions de vous rendre au bureau des admissions à l'**heure fixée** avec les documents suivants :

- ✓ Formulaire de désignation de la Personne de Confiance
- ✓ Livret Mon GPS (Guide Prévention et Soins en santé mentale)
- ✓ Prise en charge spécifique pour les patients en sevrage de l'alcool → Bilan sanguin complet avec bilan hépatique (taux de prothrombine obligatoire) à transmettre avec la fiche de demande d'admission
- ✓ Ordonnances de vos médecins mentionnant les traitements médicamenteux en cours
- ✓ Conclusion de votre médecin généraliste ou cardiologue vis-à-vis d'un ECG (électrocardiogramme) de moins de 12 mois
- ✓ Pièce d'identité officielle (Carte Nationale d'Identité ou Passeport en cours de validité)
- ✓ Carte Vitale et Carte de mutuelle (contacter **préalablement** votre mutuelle pour demander la prise en charge)
- ✓ Photo d'identité récente
- ✓ Monnaie pour les extras (téléphone, Internet, distributeurs de boissons chaudes et froides)
- ✓ Tenue de ville et vêtements de sport