

**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 ou par les Patients avec Mon Espace Santé) [secretariat.clinique-stemarguerite@sante-grand-est.mssante.fr](mailto:secretariat.clinique-stemarguerite@sante-grand-est.mssante.fr)

(Boîte mail générique) [secretariat@clinique-stemarguerite.fr](mailto: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'exams 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, habillement, 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