

MAISON DE SANTE STE MARQUERITE

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

(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'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