

# RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Etiquette

Date de remplissage : .....

**Pour toute demande de prise en charge, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner ce document accompagné d'un courrier médical. Afin que votre demande soit examinée dans les plus brefs délais, merci de nous faire également parvenir les documents suivants :**

- Une copie de l'attestation de Sécurité Sociale datant de moins de trois mois ;
- Une copie recto-verso de votre carte de mutuelle ;
- Une copie de votre attestation de responsabilité civile ;
- Une copie de votre pièce d'identité recto-verso ;
- Une copie de votre livret de famille ;
- Un courrier d'adressage du médecin psychiatre ou le cas échéant du médecin traitant ;
- Une photo d'identité récente ;
- Pour les demandes de soins-études :
  - Un courrier de votre part nous précisant le projet pédagogique et le projet de soins que vous désirez mettre en place à la clinique ;
  - Une photocopie des bulletins scolaires des trois dernières années de scolarité.

Et s'il y a lieu :

- Une photocopie du protocole de soins si ALD ;
- Une copie de la décision de mesure d'accompagnement éducatif ;
- Le jugement du juge aux affaires familiales ;
- Le jugement du juge pour enfant.

**Vous souhaitez faire une demande d'hospitalisation en :**

Hospitalisation complète  
en unité de soins attentifs pour  
adolescents (USAA)

Soins-études  
en Hospitalisation de Jour

Soins-études  
en Hospitalisation Complète

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

@ : .....

☎ portable : / / / / / / / / / / / / / / / /

Date et lieu de naissance : / / / / / / / / / / / / / / / / à .....

Nationalité : ..... Sexe :  M  F

Situation personnelle :  Célibataire  Autres, précisez : .....

Enfant(s) à charge : .....

**Situation des parents :**  Célibataire  Mariés  Vie maritale  Pacsés  Séparés  Divorcés  Veuf

Nom de naissance et prénom du parent 1 : ..... Nom de naissance et prénom du parent 2 : .....

Date de naissance : / / ..... Date de naissance : / / .....

Profession : ..... Profession : .....

☎ : / / ..... ☎ : / / .....

Adresse : ..... Adresse : .....

@ : ..... @ : .....

Nom du responsable légal (si différent) : .....

Lien et adresse : .....

**Lieu de résidence du patient :**  Parent 1  Parent 2  Alternée  Personnel Autres, précisez (+ adresse) : .....**Situation de la fratrie :**

Nom et prénom : ..... Nom et prénom : .....

Date de naissance : / / ..... Date de naissance : / / .....

Profession/scolarité : ..... Profession/scolarité : .....

Nom et prénom : ..... Nom et prénom : .....

Date de naissance : / / ..... Date de naissance : / / .....

Profession/scolarité : ..... Profession/scolarité : .....

**Personnes à prévenir en cas d'urgence :**

Nom et prénom : ..... ☎ : / / .....

Lien avec le patient : .....

Adresse : .....

Nom et prénom : ..... ☎ : / / .....

Lien avec le patient : .....

Adresse : .....

**Renseignements scolaires ou professionnels :**Scolarisé(e) :  OUI  NON

Si OUI, scolarisé(e) en classe de : .....

Si NON, scolarité suspendue depuis le : .....

Établissement scolaire : .....

Projet d'étude ou professionnel envisagé : .....

Etudiant(e) :  OUI  NON

Type d'études menées : .....

Etablissement de rattachement : .....

Activité professionnelle : .....

Médecin traitant référent : .....

Adresse du médecin traitant : .....

☎ : / / / / / / / / / / / / / / / /

Médecin psychiatre extérieur : .....

Adresse du médecin psychiatre : .....

☎ : / / / / / / / / / / / / / / / /

Psychologue extérieur : .....

Adresse du psychologue : .....

☎ : / / / / / / / / / / / / / / / /

Pharmacie de ville habituelle : .....

Adresse : .....

☎ : / / / / / / / / / / / / / / / /

 Êtes-vous assuré(e) social ?  Oui  Non

 A quel titre ?  Etudiant(e)  Ayant droit, *NOM, Prénom de l'assuré(e)* .....

 Salarié(e)  Autres, précisez : .....

N° d'immatriculation : / / / / / / / / / / / / / / / /

Nom de la caisse de sécurité sociale : .....

 Avez-vous une mutuelle ?  Oui  Non

Nom de votre mutuelle : .....

### Renseignements socio-éducatifs :

Détenteur(s) de l'autorité parentale :

 (cocher la ou les cases concernées)  père  mère  autre (précisez ..... )

 Mesure éducative :  Oui  Non

Type de mesure d'accompagnement éducatif :

 Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO)  Accueil Provisoire de Jeune Majeur (APJM)

 Autres, précisez : .....

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Date de la mise en place : / / / / / / / / / / (joindre une copie de la décision)

Nom et prénom du référent éducatif : .....

Nom et adresse du service : .....

☎ du service : / / / / / / / / / / / / / / / /

 Mesure de protection de justice :  Oui  Non

Type de mesure de protection de justice :

 Tutelle  Curatelle  Tiers digne de confiance  Autres, précisez : .....

Date de la mise en place : / / / / / / / / / /

Nom et prénom du représentant : .....

Nom et adresse de l'organisme : .....

☎ de l'organisme : / / / / / / / / / / / / / / / /

# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Document à remplir par le médecin adresseur

Etiquette

Date de la demande : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Vous souhaitez faire une demande d'hospitalisation en :**

Hospitalisation complète  
en unité de soins attentifs pour  
adolescents (USAA)

Soins-études  
en Hospitalisation de Jour

Soins-études  
en Hospitalisation Complète

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

@ : \_\_\_\_\_

portable : / / / / / / / / / / / / / / / /

Date et lieu de naissance : / / / / / / / / / / / / / / / / à \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

Situation personnelle :  Célibataire  Autres, précisez : \_\_\_\_\_

Enfant(s) à charge : \_\_\_\_\_

Médecin adresseur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Messagerie sécurisée : \_\_\_\_\_

: / / / / / / / / / / / / / / / /

Médecin traitant référent : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Messagerie sécurisée : \_\_\_\_\_

: / / / / / / / / / / / / / / / /

Médecin psychiatre extérieur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Messagerie sécurisée : \_\_\_\_\_

: / / / / / / / / / / / / / / / /

Psychologue extérieur(e) : \_\_\_\_\_

Adresse du psychologue : \_\_\_\_\_

: / / / / / / / / / / / / / / / /

**Motif de demande d'admission :**

.....  
.....  
.....

**Antécédents personnels :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Antécédents familiaux :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Histoire de la maladie :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Symptomatologie actuelle :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Troubles du comportement (agressivité...) :  OUI  NON Si oui, préciser : .....Idées suicidaires :  OUI  NONAddiction :  OUI  NON Si oui, préciser : .....Appareillage :  OUI  NON Si oui, préciser : .....Autonomie réduite :  OUI  NON Si oui, préciser : .....Allergies :  OUI  NON Si oui, préciser : .....

Poids : ..... kg / Taille : ..... cm

**Traitement actuel (adresser une copie de la dernière ordonnance) :**

.....  
.....  
.....

**Cachet du médecin :**

Obligatoire si envoi par fax/courrier.  
Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.