*Pour toute questios, merci de joindre le secrétariat de la Clinique au **04 75 07 59 49***

*Ou par mail à **admissions.cerisaie@teppe.org***

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE « LA CERISAIE »

Demande d'hospitalisation

DOSSIER PATIENTE

Merci de compléter ce dossier d'hospitalisation et de fournir les documents et informations demandés ci-dessous pour l'étude par la ***Commission d'admission***

☐ **ORDONNANCES A JOUR**

☐ Comptes-rendus psychiatriques : consultations et hospitalisations

☐ Résultats d'examens biologiques < 1mois

- ☐ Bilan lipidique (cholestérol…)
- ☐ Bilan glycémique (glycémie…)

Si vous ne possédez pas de résultats récents, notre secrétariat peut vous fournir une ordonnance afin de réaliser un bilan sanguin complet

☐ Comptes-rendus médicaux

☐ Conclusion médicale ECG < 6 mois

☐ Autres examens : ……

A TRANSMETTRE EN LIGNE SUR LE SITE INTERNET DE LA FONDATION

OU

A RENVOYER PAR MAIL à *admissions.cerisaie@teppe.org*

ou

par voie postale à :

FONDATION LA TEPPE
La Cerisaie
25 avenue de la Bouterne – CS 9721
26602 Tain-l'Hermitage Cedex

Veuillez noter que le dépôt de cette demande d'hospitalisation ne constitue pas une validation d'hospitalisation.
Votre dossier sera examiné par la Commission d'admissions.

1. IDENTITE

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

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

Téléphone : ..... Mail : .....

Poids : ..... Taille : .....

2. SITUATION FAMILIALE :

☐ Célibataire ☐ Mariée ☐ Divorcée ☐ Pacsée ☐ Veuve

Enfants à charge : ☐ NON ☐ OUI, combien : .....

Protection juridique **:** curatelle tutelle / habilitation familiale / sauvegarde de justice / autre…

Si oui, coordonnées : .....

3. MODE DE VIE :

☐ Domicile personnel ☐ Hébergée (joindre obligatoirement l'attestation d'hébergement)

☐ En institution ☐ Sans résidence stable

En cas d'hospitalisation, disposez-vous d'un mode de garde pour vos enfants ou vos animaux de compagnie ?

☐ OUI ☐ NON

Le(s)quel(s) ?
.....

4. SITUATION PROFESSIONNELLE :

En activité : ☐ OUI ☐ NON Profession : .....

☐ Retraitée ☐ Arrêt de travail ☐ Chômage ☐ RSA ☐ Invalidité

5. PRISE EN CHARGE ACTUELLE :

COORDONNEES DES DIFFERENTS CORRESPONDANTS :

- Médecin traitant :

……

……

- Médecin psychiatre :

……

……

- Psychologue :

……

……

- CMP :

……

……

- Assistante sociale :

……

……

- Autre :

……

……

6. MOTIVATIONS ET ATTENTES DE L'HOSPITALISATION :

Fait à ..... **le** .....

Signature :

ATTESTATION D'HEBERGEMENT PAR UN TIERS

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (Nom et Prénom) ……

Demeurant

S'engage à héberger madame, (Nom et Prénom)

à la suite de son séjour au sein de la clinique « La Cerisaie » ou plus tôt, si l'hospitalisation devait être interrompue.

Document à joindre impérativement :

Copie recto/verso de la pièce d'identité du tiers.

Fait à

Le

Signature :