



CLINIQUE
DU PAYS DE SEINE

FORMULAIRE D'ADMISSION HC

À REMPLIR PAR LE PATIENT (OU RESPONSABLE LÉGAL) ET À RENVOYER.

Date d'entrée..... Date de sortie.....
Catégorie d'âge Adulte Adolescent

Coordonnées du patient

Nom de famille
Prénom
Sexe H F Nationalité
Date de naissance Ville de naissance
Situation familiale Nombre d'enfants dont à charge
Adresse habituelle
Code postal Ville
Profession
Téléphone

Informations médicales

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) dans une clinique Inicéa ?
 Oui Non Si oui, laquelle

Avec le Docteur

Avez-vous été hospitalisée en psychiatrie durant l'année en cours ? (joindre le(s) bulletin(s) d'hospitalisation)
 Oui Non Nombre de jours

Nom et adresse du médecin adressant

Avez-vous déclaré votre médecin traitant (réfèrent) ?
 Oui Non

Si oui, nom et adresse de celui-ci

Régime d'assurance maladie (CPAM, MSA, MGEN...)*

Nom de la caisse

Adresse

Code postal..... Ville.....

Numéro de sécurité sociale

Mutuelle ou CMU

Adresse

Code postal..... Ville.....

Téléphone

ALD (Affectation Longue Durée) Oui Non

Chambre Double Individuelle

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom..... Prénom.....

Lien de parenté..... T. fixe

T. portable T. travail.....

Nom..... Prénom.....

Lien de parenté..... T. fixe

T. portable T. travail.....

Fait le :

Signature du patient :

Personne responsable du paiement

Nom..... Prénom.....

Lien de parenté..... T. fixe

T. portable T. travail.....

Fait le :

Signature du responsable :

*La psychiatrie étant remboursée différemment, merci de vérifier vos garanties auprès de votre mutuelle.



CLINIQUE
DU PAYS DE SEINE

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

A COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET À RENVOYER SOUS PLI FERMÉ
CONFIDENTIEL ADRESSÉ AU SERVICE CONCERNÉ.

Coordonnées du patient

Nom de famille.....
Prénom..... Date de naissance.....
Sexe H F Taille..... Poids.....
Protection juridique Oui Non
Téléphone personnel.....

Médecin adressant

Nom..... Prénom.....
Adresse.....
Code postal..... Ville.....
Téléphone.....

Renseignements médicaux

Motif(s) de l'hospitalisation.....
.....
.....
.....
.....

Antécédents psychiatriques.....
.....
.....
.....
.....
.....

Antécédents médicaux.....
.....
.....
.....
.....

Antécédents chirurgicaux.....
.....
.....
.....

Allergies.....
.....
.....

Statut sérologique (Hépatites et HIV).....

Antécédents transfusionnels Oui Non Date.....

Traitements.....
.....
.....
.....

Examens biologiques et radiologiques inférieurs à 6 mois (joindre une copie des résultats si possible).....
.....
.....
.....

Degré d'autonomie sur une échelle de 1 à 5 (1 = dépendant, 5 = autonome).....

Observations et commentaires.....
.....
.....

Fait le :

Signature du médecin :



CLINIQUE
DU PAYS DE SEINE

CERTIFICAT D'HOSPITALISATION

POUR UN ENFANT MINEUR OU POUR UN MAJEUR PROTÉGÉ

Catégorie d'âge

Adulte

Adolescent

Tuteur légal

Je soussigné(e) Mr, Mme*

Prénom

Adresse

Code postal..... Ville.....

Téléphone

Tuteur du patient :

Nom..... Prénom

Date de naissance

Adresse

Code postal..... Ville.....

certifie accepter son hospitalisation à la Clinique.....
où je l'autorise à recevoir les soins nécessaires.

Si hospitalisation en séquentielle sur le pôle adolescents, cette hospitalisation se déroulera (précisez la séquence) :

.....

A partir du :

*rayer les mentions inutiles

Je l'autorise, avec l'accord du médecin

À sortir à l'extérieur de la clinique Oui Non

Si oui : Seul Accompagné par :

À avoir une activité sportive, dans le cadre du planning des activités

Oui Non

À participer aux sorties éducatives du service, accompagné(e) d'un personnel soignant

Oui Non

À le transporter avec le véhicule de service ou à utiliser tout autre moyen adapté, selon les besoins (taxi, VSL...)

Oui Non

Autorisation d'intervention dans l'hôpital le plus proche

Oui Non

Fait le :

Signature :