



CLINIQUE
VILLA DES ROSES

Demande d'admission - Hospitalisation complète

À remplir par le médecin adresseur et à renvoyer

Encart réservé à la Clinique Villa des Roses

Entrée le / / N° chambre
Médecin référent

Coordonnées du patient

Nom Téléphone Mail
Prénom Adresse
Date de naissance CP-Ville

Informations médicales

Patient déjà pris en charge dans notre établissement ? non oui, année
Provenance domicile établissement de soins autres
Médecin traitant Mail

Mode de vie, environnement social, familial et professionnel

Antécédents médico-chirurgicaux

Antécédents psychiatriques maladies et hospitalisations

Motif d'hospitalisation, histoire de la maladie

Demande spécifique rTMS

Précisez l'indication

Conduites à risques ? *risque suicidaire, drogue, alcool...* non oui, précisez

Allergies ?

Autonomie et caractéristiques physiques

Poids kg taille cm

Difficultés à monter les escaliers non oui
Appareillages (cannes, déambulateur, fauteuil roulant, etc.) non oui
Besoin d'aide à la toilette non oui
Apnée du sommeil / V.N.I., extracteur d'oxygène, etc. non oui
Matériel d'incontinence, sondes, autres (cécité, surdité, etc.) non oui

Traitements en cours ou joindre la copie de la dernière ordonnance de chaque spécialité

Joindre les **examens complémentaires** : ECG, BS, CR médecin spécialiste, imagerie, hospitalisations, ...

Coordonnées du médecin ou cachet professionnel

Nom
Prénom
Ville d'exercice
Téléphone
Date

ENREGISTRER SOUS

ENVOYER PAR MAIL

IMPRIMER POUR FAX : 04 78 15 00 01