

En vue de l'admission de votre patient au secteur de santé mentale de la Clinique des Cèdres, merci de nous retourner ce document (par fax : 05 62 13 30 11 ou mail : [ced-accueil-psy@ramsaysante.fr](mailto:ced-accueil-psy@ramsaysante.fr)).

**Demande d'admission**

Etablissement demandeur : ..... Médecin : .....  
Service d'origine : ..... Téléphone : .....  
Médecin psychiatre receveur : ..... Mail : .....@.....  
Date d'entrée souhaitée dans notre établissement : ...../...../.....

**Patient(e)**

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  M  F  
Date de naissance : ...../...../..... Téléphone : .....  
Adresse : .....  
N° de sécurité sociale : ..... Mail : .....@.....  
 Mutuelle : .....  Chambre particulière souhaitée

► **Motif de la demande d'hospitalisation en santé mentale :**

► **Etat psychique actuel :**

► **Antécédents médicaux et chirurgicaux :**

► **Personnes ressources (famille, aide à domicile...) :**

► **Médecin traitant**

Téléphone : .....

► **Assistante sociale :**

► **Comorbidités**

- Non
- Oui, pourquoi :

- Addiction**
  - Alcool
  - Produits illicites
  - Autre
  - Sevrage effectué

- Trouble métabolique**
  - IMC > 25
  - Prise de poids rapide
  - Syndrome métabolique

**Facteurs de risques :** fugue, notion d'impulsivité : auto ou hétéro agressivité

► **Traitement en cours (à détailler) :**

► **Autonomie**

- ❖ Alimentation
- ❖ Toilette / Habillage
- ❖ Locomotion / Mobilité

**Autonome**

- 
- 
- 

**Aide partielle**

- 
- 
- 

**Aide totale**

- 
- 
- 

**Réponse**

Admissibilité :  Oui  Non, motif : .....

Date d'admission : ...../...../.....