

Vous souhaitez adresser un de vos patients pour une admission à la clinique de la Chênaie.

Afin de pouvoir examiner votre demande, nous vous remercions de remplir cette fiche en tant que médecin traitant et de la retourner par courriel à [secmed@clinique-chenaie.fr](mailto:secmed@clinique-chenaie.fr) (ou la confier à votre patient).

Nom du Médecin ADRESSEUR :	Spécialité :
✉ :	
☎ :	
.....@.....	

COORDONNEES ET INFORMATIONS PATIENT		
Nom usuel :	Nom de naissance :	Prénom :
Date de naissance :		
Adresse :		
☎ Domicile :		☎ Portable :
Email:.....@.....		
<b><u>Suivis en cours :</u></b>		
Médecin généraliste :		Psychologue :
Médecin psychiatre :		Autres professionnels :

- Hospitalisation complète (9 semaines)  
 Hospitalisation de Jour

**VOUS POUVEZ JOINDRE LA CLINIQUE TOUS LES JOURS DE LA SEMAINE  
DE 09H00 à 20H00 AU 03.92.25.10.20**

### INFORMATIONS MEDICALES (1)

<sup>(1)</sup> Ces données confidentielles nous permettront d'orienter au mieux le patient.  
B18-PEC-ENR-002-a – 15/05/2023 – Public

**Motif de la demande** : (principaux problèmes nécessitant une prise en charge spécialisée, éléments déclenchant),  
**hypothèses diagnostiques** et **synthèse de la situation clinique du patient** :

-

**Antécédents psychiatriques personnels et/ ou familiaux** (et suivis éventuels) :

-

### Etat psychologique et comportemental actuel

Existe-t-il des antécédents de tentatives de suicide ?     Oui                                     Non  
Existe-t-il des idées suicidaires ?                                     Oui                                     Non  
Existe-t-il des troubles du comportement ?                                     Oui                                     Non

Commentaires :

### Etat cognitif

Existe-t-il des troubles cognitifs ?                                     Oui                                     Non

Si oui :     Bilan neuropsychologiques (+ dates)

MOCA                                     BEARNI                                     AUTRE :

En cas de troubles cognitifs, le patient a-t-il conscience de ses troubles ?

Oui                                     Non

En cas de troubles cognitifs, le patient adhère-t-il au projet de soins ?     Oui     Non

Commentaires :

### Antécédents somatiques personnels et familiaux :

Taille :                    Poids :                    Etat général :

-

### Handicap :

Physique :     Oui     Non                                    si oui, lequel ?

Sensoriel :     Oui     Non                                    si oui, lequel ?

Mental :     Oui     Non                                    si oui, lequel ?

Psychique :     Oui     Non                                    si oui, lequel ?

**Éléments biographiques importants :**

-

**Histoire des conduites addictives :** (avec produits : alcool, tabac, cannabis, héroïne, cocaïne, amphétamines, médicaments et/ou sans produits : TCA, jeux pathologiques, ...)

-

Condition de début, durées, modes de consommation

-

Prises en charge antérieures avec dates et lieux :

-

**Traitements actuels :** (ou ordonnance imprimée)

Molécule	Posologie	Date d'introduction

**Ressources du patient et motivation :**

-

**Autres éléments qui vous sembleraient nécessaires à nous préciser :**

-

Date

Signature et tampon (avec numéro de téléphone)

## CADRE RESERVE A LA CLINIQUE DE LA CHENAIE - DECISIONS

### Situation prioritaire

#### 1 - A réception de la demande écrite

Pré admission

RDV le :

Avec le DR :

Admission

Prévue le :

Service : TCA – Addictologie

Sevrage à organiser : Oui - Non

Mode : HC - HDJ

Refus

Motif(s) :

#### 2- Suite de la consultation pré-admission

Admission

RDV le :

Avec le DR :

Suivi en consultation externe

RDV le :

Avec le DR :

Réorientation

Motif(s) :