

CONFIDENTIEL

Nom du médecin destinataire :

.....

Adresse :

.....

.....

TEL :

Messagerie sécurisée :

.....

Nom – adresse du patient :

.....

.....

.....

☎ Tel :

Age :

Poids :

Taille :

Profession :

Il vous est demandé de renvoyer impérativement cette demande dûment complétée, et adressée au médecin spécialiste de la **Clinique de l'Épinoy**.

HISTOIRE DE LA MALADIE ET ETAT ACTUEL DU PATIENT : (en spécifiant les antécédents personnels et familiaux)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....

OBSERVANCE DES TRAITEMENTS

.....

TOLERANCE DES TRAITEMENTS

.....

APPAREILLAGE MEDICAL (VMI, Oxygène, Fauteuil roulant...)

.....

SOINS SPECIFIQUES (Pansements,...)

.....

EVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE (RUD, antécédents) :

.....

PROJET SPECIFIQUE :

- Adolescents / Jeunes Adultes (15-25 ans) :
 - o Scolarisation :.....
 - ...
 - o Accès au cours :.....
- Seniors (≥ 65 ans) :
 - o Aides à domicile :.....
 - o Chute dans les 3 mois précédents : OUI NON
 - o Clairance de créatinine de moins de 2 mois :.....
- Fibromyalgie :
 - o Diagnostic réalisé par rhumatologue ou centre de la douleur :
 OUI, précisez :..... NON

APTITUDE DU PATIENT AUX ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES ET AUX SOINS HYDROTHERAPEUTIQUES :

OUI (joindre le certificat fourni) NON

Veillez joindre à cette demande un bilan sanguin de moins de 2 mois.

J'atteste, qu'après avoir pris connaissance des caractéristiques de la Clinique de l'Épinoy et des contre-indications médicales qu'elles comportent (voir document joint), l'état actuel de M..... est compatible avec une hospitalisation dans ce centre de soins.

Nom, adresse et téléphone du médecin demandeur :

le

Signature :

.....
.....
.....

Réservé à la clinique :

Demande vue par le Docteur

Validation médicale : OUI NON

Pré-admission : OUI NON

Date :

Signature du médecin :