Courrier à retourner à

**CLINIQUE SAINT YVES**

**Infirmière des admissions**

4 Rue Adolphe Leray

CS 54435

**35044 RENNES CEDEX**

**Demande d’admission**

**Informations préalables a étude de dossier**

Vous souhaitez adresser un patient pour un séjour à la Clinique Saint-Yves. Afin de nous permettre d’étudier le dossier du patient, merci de renseigner ce document de manière exhaustive. Pour information, **toute demande incomplète ne pourra être étudiée**.

**Identité du médecin adresseur**

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Fax :

Adresse email :

**Identité du patient**

NOM :

NOM de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

Téléphone portable :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Identification :ENR-PEC-ADM-01 | Date d’application:Octobre 2022 | Page 1 / 2 |
| Version 4 |

**Informations médicales**

**Motif de la demande d’admission :**

**Taille : Poids :**  **IMC :**

**Antécédents médicaux, merci de préciser si TCA, pathologie psychologique et/ou psychiatrique :**

**Traitement :**

**Autres éléments importants à communiquer (appareillage, situation sociale, ….) :**

**Antécédents chirurgicaux :**

**Traitement :**

**Autres éléments importants à communiquer (appareillage, situation sociale…) :**

**Motivations du patient :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Identification :ENR-PEC-ADM-01 | Date d’application:Octobre 2022 | Page 2/2 |
| Version 4 |