



Courrier à retourner à

CLINIQUE SAINT YVES
Infirmière des admissions
4 Rue Adolphe Leray
CS 54435
35044 RENNES CEDEX

DEMANDE D'ADMISSION INFORMATIONS PREALABLES A ETUDE 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 : Adresse personnelle :
NOM de jeune fille :
Prénom : Code postal : Ville :
Date de naissance : Téléphone portable :

Informations médicales

Motif de la demande d'admission :

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

Taille : Poids : IMC :

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

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

Antécédents chirurgicaux :

.....

.....

.....

.....

Traitement :

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

Motivations du patient :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....