



## CLINIQUE PSYCHIATRIQUE BELLE RIVE

55, avenue Gabriel Péri, 30400 Villeneuve lès Avignon  
tél. 04 90 15 68 68 - mail : [medical@belle-rive.fr](mailto:medical@belle-rive.fr)  
- [www.clinique-bellerive.fr](http://www.clinique-bellerive.fr)  
Siret: 60020011700015 - TVA Intra: FR 33 600200117

### DEMANDE D'ADMISSION

Nom Patient :	Prénom Patient :	N° Tel Patient :
Mail Patient :		
Date de naissance et âge :	Adressé(e) dans le cadre des Soins aux Soignant ? O / N	
Demande pour : <input type="checkbox"/> Hospitalisation temps plein	<input type="checkbox"/> Centre de jour	
Coordonnées médecin adresseur :		

### 1) ELEMENTS PSYCHIATRIQUES

Motif/but de l'hospitalisation :

Histoire de la maladie :

Antécédent de séjour en PSY  OUI  NON

Précisions :

Etat Clinique Actuel :

Idées suicidaires actuelles :  OUI  NON

Crise suicidaire récente :  OUI  NON

Antécédent(s) de crise(s) suicidaire(s) ou geste(s) auto-agressifs (automutilations) :  OUI  NON

Troubles du comportement actuels (agressivité, violence ...) :  OUI  NON

Usage actuel de toxiques :  Alcool  Cannabis  Cocaïne

Autres dépendances (précisions) :



## CLINIQUE PSYCHIATRIQUE BELLE RIVE

55, avenue Gabriel Péri, 30400 Villeneuve lès Avignon  
tél. 04 90 15 68 68 - mail : [medical@belle-rive.fr](mailto:medical@belle-rive.fr)  
- [www.clinique-bellerive.fr](http://www.clinique-bellerive.fr)  
Siret: 60020011700015 - TVA Intra: FR 33 600200117

### 2) ELEMENTS SOMATIQUES

Antécédents somatiques :

Autonomie pour les actes de la vie courante :  OUI  NON

Mobilité réduite :  OUI  NON

Nécessité d'actes infirmiers (nursing, alimentation, pansements ...) :  OUI  NON

Allergie :  OUI  NON

Commentaires :

### 3) TRAITEMENT ACTUEL

### 4) ELEMENTS SOCIAUX

Entourage affectif stable et présent :  OUI  NON

Problèmes judiciaires :  OUI  NON

Logement stable :  OUI  NON

Mesure de protection actuelle ou envisagée :  OUI  NON

Date de la demande :

Signature + TAMPON :