

 Ramsay Santé Clinique de Beaupuy Domaine d'Artaud 31850 BEAUPUY	DEMANDE DE PRE ADMISSION	Réf : EN-OPC-066
		Date d'application : 13/02/2025
		Version : G
		Page 1 sur 2

Demande

Date de la demande : _____ Psychiatre référent interne : _____
 Personne / établissement adressant la demande : _____
 Tél. : _____
 Date d'entrée souhaitée : _____
 Provenance du patient : _____ Patient déjà venu : ☐ Oui ☐ Non

Etat civil du patient(e)

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Sexe :** ☐ H ☐ F

Date de naissance : _____

Tél. : _____

Mail : _____

Adresse : _____

N° SS : _____ Mutuelle : _____

Médecin/ psychiatre traitant : Dr _____

Adresse : _____

Protection juridique : ☐ Capable ☐ Sauvegarde ☐ Curatelle/Curatelle renforcée ☐ Tutelle

Mandataire judiciaire : _____

Association : _____

Nom + numéro de téléphone + adresse mail d'une personne à prévenir :

.....

Mutuelle : ☐ Scan ☐ Photo ☐ En main propre

Carte vitale : ☐ Scan ☐ Photo ☐ En main propre

Carte d'identité : ☐ Scan ☐ Photo ☐ En main propre

Chambre : ☐ Chambre particulière ☐ Chambre double

Caution à régler dès l'entrée :

☐ 10 jours de forfait journalier (soit un total de 150€)

☐ 10 jours SI prestation en chambre particulière (550€ + 150€ soit un total de 700€)

Les démarches pour la préadmission seront envoyées par mail. Les documents demandés au patient seront à renvoyer à l'adresse bea-admission@ramsaysante.fr.

Mon espace santé : ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Vous devez vous présenter impérativement avant 16 heures sur place : ☐

HOSPITALISATION	
Date : _____	Chambre : _____

*Tout exemplaire papier est susceptible d'être périmé et d'avoir été remplacé par une version plus récente.
 Il appartient au lecteur de s'assurer qu'il possède la dernière version en consultant l'intranet.*

 Ramsay Santé Clinique de Beaupuy Domaine d'Artaud 31850 BEAUPUY	DEMANDE DE PRE ADMISSION	Réf : EN-OPC-066
		Date d'application : 13/02/2025
		Version : G
		Page 2 sur 2

Renseignements médicaux

Motif de la demande d’hospitalisation :

Antécédents psychiatriques :

Antécédents somatiques :

Traitements ☐ Cf. Ordonnance jointe

Comorbidités : ☐ Addiction :

☐ Tabac ☐ THC ☐ OH ☐ cocaïne ☐ crack ☐ autres :

☐ Sevrage effectué

Allergie :

Autonomie :

	Autonome	Aide partielle	Aide totale
Mobilité	☐	☐	☐
Toilette / Habillage	☐	☐	☐
Alimentation	☐	☐	☐

Besoins spécifiques :

☐ Chambre PMR ☐ déambulateur/canne ☐ fauteuil ☐ matelas anti escarre

☐ Autres :

Transport : ☐ Ambulance ☐ VSL ☐ Accompagné ☐ Véhicule personnel ☐ Transport en commun ☐ Autre

Suivi de la demande

Date	Commentaires