

 Ramsay Santé Clinique de Beaupuy Domaine d'Artaud 31850 BEAUPUY	DEMANDE DE PRE ADMISSION	Réf : EN-OPC-066
		Date d'application : 13/02/2026
		Version : H
		Page 1 sur 3

Demande

Date de la demande : _____ Psychiatre référent interne : _____

Hospitalisation à la demande de (plusieurs réponses possible) :

☐ Patient
 ☐ Proposition médicale
 ☐ Entourage du patient
 ☐ Etablissement :

Tél. : _____

Date d'entrée souhaitée : _____

Provenance du patient : _____

Le patient a déjà été hospitalisé à la clinique de Beaupuy ? ☐ Oui ☐ Non

Date :

Le patient a déjà été hospitalisé dans une autre structure ? ☐ Oui ☐ Non

Lieu : Date :

Joindre compte(s) rendu(s) antérieur(s)

Etat civil du patient(e)

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

Date de naissance : _____

Tél. : _____

Mail : _____

Adresse : _____

N° SS : _____ Mutuelle : _____

Médecin/ psychiatre traitant : Dr _____

Adresse : _____

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€)

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

Renseignements médicaux

Motif de la demande d'hospitalisation :

<u>Antécédents psychiatriques :</u> 	<u>Antécédents somatiques :</u>
---	---

- Le patient présente une pathologie cardiaque ? ☐ Oui ☐ Non
 Si oui, date de la dernière consultation et nom du cardiologue :
- Le patient présente une altération cognitive sévère ? ☐ Oui ☐ Non
- Le patient nécessite de l'O2 ? ☐ Oui ☐ Non
- Le patient est appareillé pour l'apnée du sommeil ? ☐ Oui ☐ Non
- Le patient présente un état de dénutrition ? ☐ Oui ☐ Non
- Le patient est atteint d'une maladie chronique ? ☐ Oui ☐ Non
 Si oui, précisez :
- Le patient est porteur d'un handicap ? ☐ Oui ☐ Non
 Si oui, précisez :

Addiction(s) : ☐ Oui ☐ Non
 Si oui : ☐ Tabac ☐ THC ☐ OH ☐ cocaïne ☐ crack ☐ autres.....
☐ Sevrage effectué

Allergie(s) :

<u>Autonomie :</u> • Marche seul ☐ Oui ☐ Non • Toilette seul ☐ Oui ☐ Non • Mange seul ☐ Oui ☐ Non • Elimination seul ☐ Oui ☐ Non	<u>Risque de :</u> • Chute ☐ Oui ☐ Non • Trouble de la déglutition ☐ Oui ☐ Non • Crise convulsive ☐ Oui ☐ Non • Infection ☐ Oui ☐ Non
---	--

Besoins spécifiques :
☐ Chambre PMR ☐ Déambulateur/canne ☐ Fauteuil ☐ Matelas anti escarre
☐ Autres :

Traitement actuel : Joindre obligatoirement la (les) dernière(s) prescription(s) médicale(s) en cours

SITUATION SOCIALE :

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Concubinage ☐ Divorcé ☐ Veuf
 Situation professionnelle : ☐ En activité ☐ Chômage ☐ Retraité ☐ Invalidité

 Ramsay Santé Clinique de Beaupuy Domaine d'Artaud 31850 BEAUPUY	DEMANDE DE PRE ADMISSION	Réf : EN-OPC-066
		Date d'application : 13/02/2026
		Version : H
		Page 3 sur 3

Le patient a-t-il un logement ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, le patient bénéficie-t-il d'un hébergement dans : ☐ Sa famille ☐ Un foyer ☐ Des amis

☐ Autre (précisez)

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

Mandataire judiciaire :

Association :

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

<u>Commission médicale :</u> Validation dossier ☐ OUI ☐ NON Date : Signature :	<u>Avis du médecin somaticien</u> ☐ OUI ☐ NON Motif : <u>Avis du médecin psychiatre</u> ☐ OUI ☐ NON Motif : <u>Avis du responsable de soins</u> ☐ OUI ☐ NON Motif :
---	---

Suivi de la demande

Date	Commentaires

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

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

HOSPITALISATION	
Date :	Chambre :