



## Demande d'admission Centre d'expertise psychosomatique et neuropsychologique du syndrome post COVID-19

*Dossier à retourner au secrétariat médical :*

**Courrier : 1 rue Bonaparte 27200 VERNON**

Tél. secrétariat : 02 32 71 63 30

**Fax : 02 32 71 6331**

**Email : [admission@clinique-portes-eure.com](mailto:admission@clinique-portes-eure.com)**

Madame

Monsieur

**Nom et Prénom(s) du patient :**

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Domiciliation :

Profession : ..... En activité :  Oui |  Non ,

Précisez :

Téléphone :

**Nom et prénom du médecin adresseur :**

Téléphone :

Adresse électronique :

**Nom et prénom du médecin généraliste déclaré :**

Adresse :

Téléphone :

**Motif de demande d'admission :**

**Antécédents psychiatriques :**

**Antécédents somatiques :**

Période d'infection aiguë COVID-19 :

PCR réalisée le (si possible, joindre résultat du test) :

**Traitement psychiatrique et somatique actuels :**

Dès réception de votre dossier, un rdv avec le coordinateur de parcours vous sera proposé.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez nous écrire à l'adresse :

[contact@clinique-portes-eure.com](mailto:contact@clinique-portes-eure.com)

**Observations et commentaires :**