

Partie à remplir par le médecin psychiatre

Nom et prénom du patient :

Diagnosics CIM 10:

Connaissance du diagnostic: Oui Non

Principal :

Secondaire(s) :

Antécédents psychiatriques personnels:

Date d'apparition des premiers symptômes:

Parcours de soins:

Antécédents chirurgicaux:

Antécédents médicaux:

Antécédents gynécologiques et obstétriques:

Comorbidités:

Antécédents de prises de substances psycho-actives:

Consommation	Oui	Non	Sevré depuis:	Substitution:
Alcool				
Cannabis				
Cocaïne				
Opiacés				
Amphétamines				
Autre:				

Traitement actuel:

Ordonnance jointe au dossier de pré-admission:

Résumé de l'hospitalisation actuelle:

Mode d'hospitalisation à l'entrée: SL SPDT SPDRE

Mode d'hospitalisation actuel: SL SPDT SPDRE

Indication(s) de l'hospitalisation:

Tableau clinique et évolution:

Vos attentes d'une hospitalisation en post-cure au niveau:

- psychothérapeutique

- professionnel

- du milieu de vie

Objectifs de l'hospitalisation à remplir par le patient

Prénom NOM:

Mes motivations et les objectifs de mon séjour:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Connaissance de la maladie | <input type="checkbox"/> Evaluation des capacités à la vie quotidienne |
| <input type="checkbox"/> Autonomie | <input type="checkbox"/> Gestion du budget |
| <input type="checkbox"/> Relations aux autres / communication | <input type="checkbox"/> Psychothérapie |
| <input type="checkbox"/> Confiance en soi | <input type="checkbox"/> Sevrage |
| <input type="checkbox"/> Améliorer mes capacités de mémoire, d'attention | <input type="checkbox"/> Gestion des émotions, maîtrise de soi |
| <input type="checkbox"/> Remise à niveau professionnelle | <input type="checkbox"/> Remise en forme physique |
| | <input type="checkbox"/> Autre: |

Mon projet d'orientation à la fin du séjour:

Type et situation du logement envisagé:

- Appartement privé
- Appartement thérapeutique
- Vie communautaire
- Famille d'accueil
- Famille
- Autre:

Projet professionnel:

- Stage
- Formation
- Travail en milieu ordinaire
- Travail en milieu protégé
- Pas de projet actuellement
- Autre:

Pour plus de renseignements sur notre établissement :

Clinique
Marie Savoie



Éléments à remplir par l'équipe accompagnant le patient au quotidien

Prénom NOM du patient:

Autonomie

Le patient	Oui	Non	Précisions et commentaires
S'habille-t-il seul?			
Fait-il sa toilette seul?			
S'alimente-t-il seul?			
Gère-t-il son traitement seul ?			
Présente-t-il des troubles de l'élimination?			
Autre			

Troubles du comportement et des conduites

	Oui	Non	Précisions et commentaires
Tendance à l'agressivité			
Désorientation temporo-spatiale			
Troubles mnésiques			
Troubles du sommeil			
Problèmes pour vivre en collectivité			
Problèmes de communication			
Autre:			

Gestion de la frustration: (0 = ne sait pas gérer la frustration, 10 = gère très bien la frustration)



Attentes en réhabilitation psychosociale:

• Attentes éducatives

Compétences	Axe engagé et à continuer	Axe à travailler	Non pertinent
Hygiène des locaux			
Entretien du linge			
Confection de repas			
Gestion financière			
Gestion du temps libre			
Démarches administratives			

• Reconstruction de soi

Compétences	Axe engagé et à continuer	Axe à travailler	Non pertinent
Relations familiales			
Confiance en soi			
Connaissances pathologie			
Gestion du stress			
Gestion des conduites à risques			
Amélioration des difficultés cognitives			
Habilités sociales			

• Réinsertion professionnelle

Compétences	Axe engagé et à continuer	Axe à travailler	Non pertinent
Stages			
Autre:			

Activités thérapeutiques: Participation spontanée A stimuler Commentaires:

Sorties à l'extérieur:

Le patient est-il amené à faire des sorties à l'extérieur: Oui Non

Si oui: Seul Accompagné

Comportement lors des sorties:

Gestion des achats: Seul Accompagné

ANNEXES OBLIGATOIRES

Engagement de recours

Je soussigné (e), Docteur
représentant l'équipe référente, m'engage à reprendre dans la structure
.....

M. - Mme

- En cas de problème d'adaptation à la Clinique
- En cas d'échec du projet ou de la prise en charge
- En cas de décompensation

Cachet - Signature



Ligne directe:

Autorisation de soins à compléter par le patient

Je soussigné(e), Madame, Monsieur.....

Autoriser Ne pas autoriser les responsables médicaux de l'unité d'hospitalisation:

1) À prendre en cas d'urgence toutes dispositions pour les soins jugés médicalement indispensables y compris pour faire pratiquer toute interventions chirurgicale avec anesthésie locale ou générale dans un établissement de santé publique ou privé participant à l'exécution du service public hospitalier ou privé conventionné en tant que de besoin et d'opportunité, Public Privé,

Établissement :

2) À pratiquer ou faire pratiquer les examens paracliniques nécessaires ou utiles à la prise en charge du patient (Bilan biologique, imagerie, ECG...)

Fait à, le / /

SIGNATURES :

Le représentant légal

Le patient