

DEMANDE D'ADMISSION

Clinique Sensévia, spécialisée en Réhabilitation et Réinsertion Psychosociale

Tél : 04.68.30.43.43 Fax. 04.68.04.92.82 - E.mail : admissions.sensevia@orpea.net / www.orpea.com

FICHE SOCIALE A remplir de façon très lisible par la Secrétaire Médicale ou l'Assistante Sociale

ETAT CIVIL

Nom : _____ Date et lieu de naissance : _____
Prénom : _____ Profession : _____
Adresse : _____ Téléphone : _____

MODE DE VIE

<u>Situation familiale</u>	<u>Logement</u>	<u>Famille</u>
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> personnel	<input type="checkbox"/> père
<input type="checkbox"/> Concubinage	<input type="checkbox"/> appart. Thérapeutique	<input type="checkbox"/> mère
<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> foyer	<input type="checkbox"/> nombre d'enfants :
<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> SDF	<input type="checkbox"/> nombre de personnes à charge :
<input type="checkbox"/> Veuf (ve)	<input type="checkbox"/> autre (préciser)	<input type="checkbox"/> isolement

RESSOURCES

sans revenu salarié retraité chômage invalidité RSA
 AAH Autre (préciser)

PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE

(Joindre 1 photocopie attestations S.S. et mutuelle en cours de validité)

N° de sécurité sociale : _____
REGIME GENERAL Nom et adresse Caisse :

Mutuelle Nom et Adresse Caisse : _____
 ALD Invalidité CMU Autre (préciser)

1

PROTECTION DES BIENS

<input type="checkbox"/> Pas de protection	<u>Organisme :</u>
<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	<u>Nom du protecteur :</u>
<input type="checkbox"/> Curatelle simple ou aggravée	<u>Adresse :</u>
<input type="checkbox"/> Tutelle aux prestations sociales	<u>Téléphone :</u>
<input type="checkbox"/> Tutelle allégée ou ordinaire	

PERSONNE A PREVENIR

Parent (+ lien de parenté) Autre, (préciser)
Nom, Prénom : _____ Téléphone : _____
Adresse : _____ Adresse mail : _____

PERSONNE DE CONFIANCE

Parent (+ lien de parenté) Autre, (préciser)
Nom Prénom : _____ Téléphone : _____
Adresse : _____ Adresse mail : _____

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Etablissement et médecin prescripteur du séjour : _____
Mesure judiciaire en cours non oui (laquelle)
Directives anticipées rédigées non oui

- Date de la rédaction:
- Identité et coordonnées de la personne détentrice:
une marque du groupe ORPEA

DOSSIER PSYCHIATRIQUE

A remplir de façon très lisible par un Médecin Psychiatre

Nom et prénom du patient :

DIAGNOSTICS (avec code CIM 10)

Principal :

Secondaires :

TRAITEMENT ACTUEL

Neuroleptique retard :

Fréquence des injections :

Date de la dernière :

RÉSUMÉ DE L'ÉTAT CLINIQUE ACTUEL

Le patient est-il ACTUELLEMENT HOSPITALISÉ ?

NON

CMP

HDJ

CATT

SUIVI PRIVE

OUI

DATE DE DÉBUT D'HOSPITALISATION :

Mode d'hospitalisation : Libre

S.P.D.T.

S.P.D.R.E.

Motif d'admission :

Evolution :

ÉTAT CLINIQUE ACTUEL

2

une marque du groupe ORPEA

DOSSIER PSYCHIATRIQUE (suite) A remplir de façon très lisible par un Médecin Psychiatre

Nom et prénom du patient :

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES PERSONNELS

Début de la maladie :

Nombre d'hospitalisations, durées, motifs :

Antécédents médico-légaux :

Antécédents de prise de toxiques : OUI NON

Type de toxiques et durée de l'addiction :

Alcool OUI NON date de sevrage

Cannabis OUI NON date de sevrage

Cocaïne OUI NON date de sevrage

Opiacés OUI NON date de sevrage

Amphétamines OUI NON date de sevrage

Autres OUI NON date de sevrage

En cas d'antécédents de prise de toxiques, nous vous prions aussi de joindre un bilan urinaire récent des toxiques

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES FAMILIAUX

Éléments biographiques

Configuration familiale (fratrie, situation des parents...) et relations familiales:

Problèmes au cours de l'enfance et de l'adolescence :

Niveau de formation acquis (niveau scolaire, diplômes) :

Expérience professionnelle (travail en milieu ordinaire, ESAT...) :

Histoire affective (mariage, enfants, divorce, décès) :

Éléments traumatisants (acculturation, viol, attouchements, violence familiale...)

une marque du groupe ORPEA

DOSSIER SOMATIQUE A remplir de façon très lisible par un Médecin Généraliste

Nom et prénom du patient :

Suivant la recommandation de l'AFSSAPS en relation avec le suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques, nous vous prions de joindre **un bilana général avec profil lipidique et glycémie**. En cas de pathologie somatique, joindre **les résultats d'examens réalisés** (ECG, Radiographies, bilan sanguin spécifiques.....)

Poids :

Taille :

IMC :

Variation significative de poids RECENTE : NON

OUI Perte de poids

Prise de poids

Pathologies en dehors des maladies psychiatriques :

Antécédents médicaux, chirurgicaux, dentaires :

Médicaments non psychiatriques pris actuellement :

Objectif du séjour sur le plan non psychiatrique :

4

Mode de contraception :

Vaccinations (copie du carnet de vaccinations)

Régime :

Allergies :

Autre :

une marque du groupe ORPEA

FICHE INFIRMIERE

A remplir de façon très lisible par les infirmiers et/ou le Personnel Médico-Technique Référent

AUTONOMIE			
Le patient	OUI	NON	Précisions et Commentaires :
S'habille-t-il seul ?			
Fait-il sa toilette seul ?			
S'alimente-t-il seul ?			Régime particulier ?
Se déplace-t-il seul ?			Appareillage ?
Gère-t-il son traitement seul ?			
Présente-t-il des troubles de l'élimination ?			Type ?
TROUBLES DU COMPORTEMENT ET DES CONDUITES			
le patient	OUI	NON	Précisions et Commentaires :
Est-il agressif ?			
Y a-t-il désorientation temporo-spatiale ?			
Y a-t-il des troubles mnésiques ?			
Y a-t-il des troubles alimentaires ?			
Y a-t-il des troubles du sommeil ?			
Problèmes pour vivre en collectivité ?			
Problèmes de communication ?			
Autre			
ATTENTES EDUCATIVE			
Habilités et Gestions Attendue	OUI	NON	Précisions et Commentaires :
De son traitement ?			
De son hygiène ?			
De son ménage ?			
De son linge ?			
De son argent ?			
De son temps libre ?			
De ses achats ?			
De ses démarches administratives ?			
Autres :			
SOINS ET SURVEILLANCES PARTICULIERES- OBSERVATIONS :			

5

Coordonnées de la Pharmacie habituelle :

Nom :

Adresse :

Mail :

N° téléphone :

Fax :

***Merci de bien vouloir joindre une copie recto/verso de l'ordonnance en cours.**

une marque du groupe ORPEA

Nom et prénom du patient :

TYPE DE SEJOUR DEMANDE

- Consolidation** séjour de transition entre hospitalisation et le retour éventuel à la vie ordinaire, ou rupture avec le quotidien afin d'éviter une hospitalisation
- Evaluation** séjour d'évaluation des aptitudes et capacités à la vie quotidienne, sociale et professionnelle
- Réhabilitation** séjour centré sur un projet de réinsertion sociale

MOTIVATIONS ET OBJECTIFS DU SEJOUR DEMANDE**PROJET D'ORIENTATION DU PATIENT A LA FIN DU SEJOUR****Type et situation du logement envisagé :**

- Appartement privatif
- Appartement thérapeutique
- Vie communautaire
- Famille d'accueil
- Famille
- Autre

Demandes d'orientation : Effectuées Non effectuées**Types et dates des demandes d'orientation :****Etablissements contactés :****COORDONNEES DES CORRESPONDANTS****Structure qui assurera le relais des soins :****Psychiatre qui assurera le relais des soins :****Autre (Assistante sociale...):**

	Nom du Correspondant	Coordonnées
Courrier		
Fax		
Téléphone		
E-mail		
Rencontre		

Coordonnées du Médecin Généraliste/Traitant :

Nom : N° Téléphone :
Prénom : Mail :
Adresse : N° Fax :

Date :

Cachet

- Signature

une marque du groupe ORPEA

Pour un traitement rapide de votre demande, nous vous prions de bien vouloir renseigner toutes les rubriques, et les ANNEXES sans exception.

ANNEXE 1 ENGAGEMENT DE LA PART DE LA STRUCTURE REFERENTE DE REPENDRE LE PATIENT

Nom et Prénom du patient

Je soussigné **Docteur**
référente

représentant l'équipe

M'engage à reprendre dans la structure :
M., Mme, Melle

- Au cas où l'état de santé du patient ne serait plus compatible avec les critères de séjour
- En cas de problème d'adaptation
- En cas d'échec du projet ou de la prise en charge
- À l'issue du séjour si le patient n'a pas de domicile

7

Cachet - Signature

une marque du groupe ORPEA



Nom et prénom du patient

Je soussigné (e)

Représentant légal de

Autorise les médecins de la Clinique SENSEVIA à effectuer tout acte invasif en cas de nécessité.

Fait le :

Signature du représentant légal



Nom et prénom du patient

Mesure de Protection

Mesure de protection

Organisme de gestion

Nom du tuteur

Adresse :

Tél : Fax

e-mail

Gestion Budgétaire *mandat postal (type cash)*

Somme hebdomadaire

Modalité

Carte de retrait (Nom de la banque

A distribuer

Hebdomadaire

Quotidien

Autres:

Rappel important : Merci de bien vouloir prévoir dès l'arrivée du patient au sein de notre Clinique, une somme d'argent en espèces afin de pallier aux produits de première nécessité.

Consignes particulières

Date:

Signature:

une marque du groupe ORPEA

En application de la loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je soussigné (e) :

NOM marital :

NOM de Jeune de Fille :

Prénom (s) :

Admis (e) à la Clinique SENSEVIA pour un séjour de :

Consolidation

Evaluation

Réhabilitation

Mesure de protection : Tutelle Curatelle Pas de Protection

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

Monsieur Madame Mademoiselle

NOM marital :

NOM de Jeune Fille :

Prénom (s) :

Date et Lieu de Naissance :

Adresse :

Téléphone :

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un proche

Un parent

Mon Médecin

J'ai été informé (e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit la Clinique SENSEVIA.

Je souhaite désigner comme personne de confiance

Fait à :

Le :

Signature du patient :

RECAPITULATIF

DOCUMENTS A JOINDRE AVEC LA DEMANDE DE PRE-ADMISSION

- Fiche Sociale page 01 (secrétaire médicale ou assistante sociale)
- Photocopie Attestation de Sécurité Sociale
- Photocopie Attestation de Mutuelle en Cours de Validité
- Photocopie du Jugement de mise sous protection
- Dossier Psychiatrique page 02 et 03 (Médecin Psychiatre)
- Dossier Somatique page 04 (Médecin Généraliste)
- Fiche Infirmière page 05 (Infirmière et/ou Personnel Médico-Technique)
- Fiche Médicale page 06
- Annexe 1 page 07 (engagement de la part de la structure référente de reprendre le patient à l'issue du séjour)
- Annexe 2 page 08 (autorisation du représentant légal)
- Annexe 3 page 09 (gestion budgétaire)
- Annexe 4 page 10 (fiche de désignation de la personne de confiance)
- Lettre de motivation avec but du séjour (**OBLIGATOIRE**)
- Ordonnance à jour (**recto-verso**)

PREVOIR POUR LE SEJOUR A LA CLINIQUE SENSEVIA

- ✓ Carte d'Identité ou Passeport (en cours de validité)
- ✓ Carte Vitale
- ✓ Attestation d'Assuré Social (en cours de validité)
- ✓ Attestation CMU (en cours de validité, si vous en bénéficiez)
- ✓ Carte Mutuelle (en cours de validité, si vous en possédez une)
- ✓ Certificat médical pour les patients venant du domicile (disant que « L'état de santé de M..... nécessite un séjour à la Clinique Sensévia »)
- ✓ Ou si transfert : bulletin de situation de la structure
- ✓ Chèque de caution de 225€ (ne sera pas encaissé sauf si non paiement du séjour et/ou dégradation de la chambre)
- ✓ Assurance responsabilité civile
- ✓ Prévoir une somme d'argent en espèces
(Afin de pallier aux besoins en produits de première nécessité ou dans l'attente du virement d'argent par les organismes de tutelle)
- ✓ Linge de Toilette (gants et serviettes)
- ✓ Nécessaire de Toilette (savon, dentifrice, shampoing, rasoir...etc)
- ✓ Pour les Activités Sportives (survêtement, baskets, maillot de bain)
- ✓ Prévoir des Vêtements et Chaussures Adaptés à la Saison