

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

DOSSIER MÉDICAL

(À remplir par le Médecin)

1. IDENTIFICATION DU PATIENT

☐ Madame

☐ Monsieur

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

Adresse personnelle ou domiciliation :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

N° de sécurité sociale : Organisme CPAM :

☐ CSS ☐ Mutuelle :

2. IDENTIFICATION DU MÉDECIN PSYCHIATRE ET/OU DE L'ÉTABLISSEMENT ADRESSEUR

Nom : Prénom :

Établissement :

Adresse :

.....

Téléphone : E-Mail :

Date de la demande : Date d'entrée souhaitée :

3. MOTIF DE LA DEMANDE DE SÉJOUR

☐ Maintien de la stabilité clinique

☐ Séjour de rupture (1 à 3 mois)

☐ Elaboration d'un projet de vie

☐ Autre :

☐ Consolidation d'un projet de vie

.....

Signature du médecin psychiatre

Cachet professionnel (obligatoire)

BILAN MÉDICAL PSYCHIATRIQUE

1. ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

.....

.....

.....

2. HISTOIRE DE LA MALADIE

.....

.....

.....

3. DERNIERE HOSPITALISATION

Date d'entrée :

Mode d'hospitalisation :

- ☐ Soins psychiatriques sur décision du Représentant de l'État (SDRE)
- ☐ Soins liés à la demande d'un tiers
- ☐ Soins libres

Motifs d'hospitalisation :

.....

.....

4. DIAGNOSTIC ACTUEL

.....

.....

.....

5. TRAITEMENT ACTUEL - Joindre la dernière ordonnance

.....

.....

.....

BILAN MÉDICAL SOMATIQUE

1. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

.....
.....
.....
.....

4. ADDICTIONS

☐ Oui

☐ Non

Produit :
.....
.....

Date de sevrage :

Qualité de sevrage :

COORDONNÉES DES CORRESPONDANTS

Personne à prévenir :

Lien de parenté : Téléphone :

Adresse :
.....
.....

Médecin traitant / généraliste :

Mandataire judiciaire :

DOSSIER SOCIAL

À remplir obligatoirement pour le traitement du dossier, joindre une évaluation sociale

1. COORDONNEES DU TRAVAILLEUR SOCIAL ORIENTEUR

.....

.....

.....

2. SITUATION FAMILIALE

☐ Célibataire

☐ Marié

☐ Divorcé

☐ En couple

Personne isolée : OUI/NON

3. LOGEMENT/HEBERGEMENT

☐ Logement autonome

☐ Etablissement médico-social

☐ Hébergé chez un tiers

☐ Personne sans domicile (*joindre dom. postale*)

☐ Autre situation

4. MESURE DE PROTECTION - Joindre le dernier jugement

☐ Curatelle simple

☐ Curatelle renforcée

☐ Tutelle

☐ Demande de protection juridique en cours

5. RESSOURCES

☐ AAH

☐ Pension d'invalidité

☐ RSA

☐ Indemnités journalières

☐ Sans ressources

6. ORIENTATIONS MDPH - Joindre les photocopies

☐ Etablissement d'accueil non médicalisé

☐ SAVS SAMSAH

☐ Etablissement d'accueil médicalisé

☐ ESAT/SAESAT

Si demande en cours, merci d'indiquer la nature de la demande et la date de dépôt de dossier :

.....

.....

Attestation d'engagement de reprise du patient

La présente attestation concerne

Mr/Mme.....

Je soussigné(e) Docteur(e).....

Certifie que l'état de santé de ce patient est stable et compatible avec une vie en collectivité.

Je m'engage, par la présente, à réadmettre dans mon service le/la patient(e) dans les cas suivants :

- Période d'essai non validée
- Non-respect du règlement intérieur
- Trouble lié à l'usage de toxiques
- Décompensation psychique

Fait à....., le.....

Cachet et signature du médecin

Cachet de la structure d'accueil