

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 :

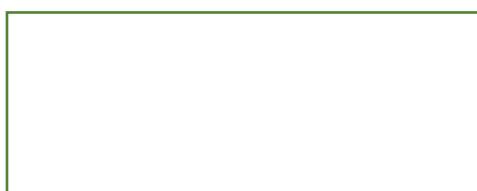
3. MOTIF DE LA DEMANDE DE SÉJOUR

- Maintien de la stabilité clinique
- Elaboration d'un projet de vie
- Consolidation d'un projet de vie

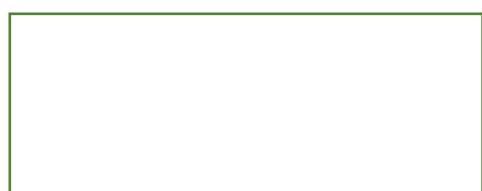
Séjour de rupture (1 à 3 mois)

Autre :

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 MEDICAUX 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

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Marié |
| <input type="checkbox"/> Divorcé | <input type="checkbox"/> En couple |

Personne isolée : OUI/NON

3. LOGEMENT/HEBERGEMENT

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Logement autonome | <input type="checkbox"/> Etablissement médico-social |
| <input type="checkbox"/> Hébergé chez un tiers | <input type="checkbox"/> Personne sans domicile (<i>joindre dom. postale</i>) |
| <input type="checkbox"/> Autre situation | |

4. MESURE DE PROTECTION -*Joindre le dernier jugement*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Curatelle simple | <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée |
| <input type="checkbox"/> Tutelle | <input type="checkbox"/> Demande de protection juridique en cours |

5. RESSOURCES

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> AAH | <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité |
| <input type="checkbox"/> RSA | <input type="checkbox"/> Indemnités journalières |
| <input type="checkbox"/> Sans ressources | |

6. ORIENTATIONS MDPH - *Joindre les photocopies*

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Etablissement d'accueil non médicalisé | <input type="checkbox"/> SAVS SAMSAH |
| <input type="checkbox"/> Etablissement d'accueil médicalisé | <input type="checkbox"/> 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