



DOSSIER D'ADMISSION

CENTRE DE READAPTATION DE MAURS

Ce dossier est constitué de deux parties, une partie administrative et sociale (5pages) et une partie médicale (3pages). L'ensemble de ces éléments est nécessaire afin d'étudier la possibilité d'un accueil, en **hospitalisation** complète et libre.

Pour la bonne instruction du dossier, il est important d'écrire de façon lisible.

La procédure d'admission:

1^{er} Etape : Examen du dossier par les médecins psychiatres de l'établissement ainsi que l'équipe pluriprofessionnelle

⇒ Si le dossier est accepté, proposition d'une date de visite d'admission

2nd étape: Visite d'admission en deux temps:

- 1) Présentation, visite de l'établissement, entretien social par l'assistante sociale
- 2) Entretien médical avec le psychiatre

A la suite de l'entretien médical, le médecin psychiatre vous informe de son accord pour une future admission.

Par la suite, en accord avec la direction et le médecin psychiatre ayant suivi l'instruction de votre dossier, le secrétariat vous contactera pour proposer une date d'admission.

En cas de refus du dossier, un courrier de refus sera envoyé au patient, au médecin ayant rempli la partie médicale et à l'aidant ou la personne ayant rempli La partie administrative (il est important d'indiquer les coordonnées de façon lisibles)

RECAPITULATIF DES PIÈCES OBLIGATOIRES EN COURS DE VALIDITÉ A FOURNIR (copies):

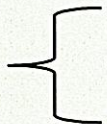
Merci d'être attentif sur les pièces à fournir, c'est-à-dire le document doit être lisible, non coupé et/ou flouté

Obligatoire:

- Carte d'identité (recto/verso)
- Carte vitale
- Mutuelle en cours de validité (recto / verso)
- Attestation de droits en cours de validité de la sécurité sociale
- Formulaire de désignation de la personne de confiance joint au dossier
- Assurance de responsabilité civile
- Photo identité à coller sur la 1er page du dossier
- Formulaire du contrat de soins et médico - social joint au dossier
- Formulaire des directives anticipées joint au dossier
- Bilan sanguin de - de 3 mois et le groupe sanguin
- Copie du carnet de vaccination
- Copie de l'interprétation du dernier ECG

Partie

Médicale



Si concerné:

- Notification de la MDPH pour la RQTH
- Notification de la MDPH pour l'orientation professionnelle
- Notification de la MDPH pour AAH
- Permis de conduire avec assurance véhicule
- Copie du dernier arrêt de travail et/ou attestation pôle emploi
- Bilan médico-éducatif
- Bilan neuro-psychologique
- Jugement de la mesure de protection



DOSSIER A RETOURNER AVEC TOUTES LES PIÈCES OBLIGATOIRES:

Le dossier d'admission sera traité à la réception de toutes les pièces obligatoires:

CENTRE DE READAPTATION DE MAURS - Route de Saint Cirques - 15600 MAURS

Ou par mail @: centredereadaptation.maurs@wanadoo.fr



DOSSIER D'ADMISSION Centre de Réadaptation

PHOTO
IDENTITEE
OBLIGATOIRE

ETAT - CIVIL

NOM:	Prénom(s):
NOM de jeune fille:	Sexe: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Date de naissance :	_____ / _____ / _____
Lieu de naissance :	Ville: _____ Code Postal: _____
Nationalité :	_____
📎 Joindre la copie de la carte d'identité	
☎ :	_____
ADRESSE PERSONNELLE (domicile):	
☎ :	_____
@ :	_____
Acceptez-vous de recevoir des enquêtes et des informations :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nombre d'enfants :	_____

NOM, PRENOM, ET COORDONNÉES PARENTS:

☎ : _____
@ : _____

SI PARENTS SEPARÉS, NOM, PRENOM, ET COORDONNÉES DE L'AUTRE PARENTS:

☎ : _____
@ : _____

■ **PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE:**

Nom: _____

Prénom: _____

Lien avec le patient (parent, ami, frère, soeur...): _____



RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

■ **REGIME OBLIGATOIRE:**

N° Immatriculation: _____

↳ Joindre l'attestation de la sécurité sociale en cours de validité avec la copie de la carte vitale

■ **REGIME COMPLEMENTAIRE:**

Nom du régime complémentaire: _____

↳ Joindre l'attestation régime complémentaire (Recto/Verso) avec les droits en cours

■ **RESSOURCES FINANCIERES:**

A.A.H.

⇒ Joindre la copie de la notification MDPH

A.E.E.H

⇒ Joindre la copie de la notification MDPH

IND. JOURNALIERES

⇒ Joindre la copie du dernier arrêt de travail

ALLOC. CHOMAGE

⇒ Joindre l'attestation pôle emploi

PENSION D'INVALIDITE

⇒ Joindre l'attestation de la pension d'invalidité

AUTRES, préciser:

■ **DECISION MDPH:**

Adresse de la M.D.P.H: _____

Bénéficiaire de l'Allocation Aux Adultes Handicapés:

OUI

NON

Si en cours, date du dépôt: / /

↳ Si oui, joindre la copie de la notification MDPH

Bénéficiaire d'une Orientation professionnelle:

OUI

NON

Si en cours, date du dépôt et indiquer l'orientation demandée: / /

↳ Si oui, joindre la copie de la notification MDPH

Bénéficiaire d'une Orientation Hébergement:

OUI

NON

Si en cours, date du dépôt et indiquer l'orientation demandée: / /

↳ Si oui, joindre la copie de la notification MDPH

Coordonnées de l'assistante sociale ayant suivi les demandes M.D.P.H:



@ :

■ **MESURE DE PROTECTION:**

OUI

NON

TUTELLE

CURATELLE SIMPLE

CURATELLE RENFORCEE

SAUVEGARDE

📎 Joindre une copie du jugement de la mesure de protection

■ **Nom et adresse du tuteur / curateur:**

☎ :

@ :

■ **PERMIS DE CONDUIRE:**

OUI

NON

📎 Si oui, joindre les copies du permis de conduire et l'assurance du véhicule

■ **ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE:**

📎 Joindre l'attestation de responsabilité civile

AUTRES RENSEIGNEMENTS

■ **Le patient est-il hospitalisé actuellement ?**

OUI

NON

Si oui, nom et coordonnées du service et de l'établissement hospitalier:

☎ :

@ :

■ **Nom du Médecin Psychiatre traitant et adresse:**

☎ :

@ :

■ **Nom du Médecin traitant et adresse:**

☎ :

@ :

PARCOURS SCOLAIRES ET EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

Facultatif: joindre un cv

Diplômes:

Niveau d'études:

Expérience Professionnelle avec les dates de début et de fin de contrat:

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

NOM - Prénom

Date de naissance

Profession

PÈRE:

MÈRE:

FRATRIE:

Nature et qualité des relations du patient avec sa famille:

■ Lister les organismes sociaux qui ont connu la situation du patient:

■ Le patient a-t-il un suivi judiciaire (SPIP) ?

OUI

NON

Coordonnées:



■ Lister les alternatives qui sont envisagées en dehors du Centre de Réadaptation de Maurs:

VIE SOCIALE ET AUTONOMIE

↳ Joindre un bilan et/ou synthèse médico-éducative avec son niveau d'autonomie (argent, hygiène, capacité à nouer des relations sociales, centres d'intérêts,etc...)

OBJECTIF(S) / PROJET(S) DU PATIENT

■ Objectif(s) / projet(s) exprimé(s) par le patient:

■ Objectif(s) / projet(s) exprimé(s) par l'équipe ou la personne ayant rempli le dossier:

Nom et adresse de la personne ayant rempli le dossier:

☎ :

@ :

Date: _____

Les directives anticipées sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements ou les actes médicaux que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus communiquer après un accident grave ou à l'occasion d'une maladie grave. Elles concernent les conditions de votre fin de vie, c'est-à-dire de poursuivre, limiter, arrêter ou refuser les traitements ou actes médicaux. Le professionnel de santé doit respecter les volontés exprimées dans les directives anticipées, conformément à la législation en vigueur.

Comment rédiger ses directives anticipées ?

Elles doivent prendre la forme d'un document écrit, daté et signé.

Le document est manuscrit ou dactylographié.

Vous pouvez demander le formulaire au secrétariat médical du centre de réadaptation.

Durée et validité ?

Les directives anticipées ont une durée illimitée. Toutefois, elles peuvent être à tout moment annulées ou modifiées.

Conservation :

Elles doivent être accessibles au(x) médecin(s) amené(s) à prendre une décision d'arrêt ou de limitation de traitement. À cette fin, vous pouvez les confier à votre médecin généraliste, à l'établissement de santé dans lequel vous êtes admis. Les directives anticipées seront conservées dans le dossier médical constitué à votre nom. Elles peuvent être aussi conservées par vous-même, un proche ou la personne de confiance que vous aurez désigné. Les coordonnées de la personne qui les détient sont alors indiquées dans le dossier médical.

Je soussigné(e)..... déclare :

Avoir rédigé(e) des directives anticipées

Indiquer où se les procurer (coordonnées) :

.....

.....

Ne pas avoir, à ce jour, rédigé(e) de directives anticipées.

Date :

Signature :

Madame, Monsieur,

Vous avez choisi le Centre de Réadaptation de Maurs pour une prise en charge de soins, d'accompagnement à la vie quotidienne et une mise en situation d'atelier de réadaptation.

Afin de rendre votre hospitalisation la plus adaptée possible et vous proposer une prise en charge de soins, nous vous prions de bien vouloir trouver ci-joint votre contrat de prise en charge du Centre.

Ce contrat a pour objet de convenir entre vous et notre équipe pluridisciplinaire :

- Des soins nécessaires ainsi que des autres prestations (animation, restauration ...) qui vous seront bénéfiques durant votre hospitalisation ainsi qu'une prise en charge de soins adaptée à vos besoins,
- De prévoir dans un premier temps la durée de votre hospitalisation dans notre établissement et à terme de fixer une date de sortie afin de pouvoir vous organiser pour votre avenir.

L'admission définitive du patient au sein du Centre de Réadaptation de Maurs est prononcée et validée par le psychiatre référent du patient et par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire de la structure.

La période de stage, définit comme l'unité d'accueil dont la durée selon l'avis du psychiatre référent, pourra être de 1 à 3 mois renouvelable une fois et ne peut dépasser 6 mois.

Durant la période de stage, si la prise en charge de soins et médico-social ne correspond pas aux attentes du patient ou si le médecin et l'ensemble des professionnels ne peuvent proposer un accompagnement adapté, un entretien individuel de fin de prise en charge sera réalisé.

Une date de fin de stage sera programmée.

La personne désignée « personne de confiance » du patient (ou si celui-ci est soumis à un organisme tutélaire, la mandataire du patient) ou le patient lui-même s'il n'a pas souhaité désigner de personne de confiance, devra organiser et prendre en charge les modalités de départ du patient du centre de réadaptation de Maurs.

Engagement de l'établissement :

L'établissement s'engage au travers de son équipe pluridisciplinaire, à assurer la surveillance médicale, la dispensation des soins nécessaires, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement social pour assurer une prise en charge adaptée après avoir étudié avec vous les bénéfices et les risques.

Consentement du patient :

Je soussigné(e) Mr / Mme

- S'engage à participer à l'accomplissement de son projet de soins et médico-social, de respecter le règlement intérieur de l'établissement
- Assure avoir eu connaissance de toutes les prestations proposées par le centre de réadaptation

Date :

Signature du patient(e):

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE PAR LE PATIENT

(Article L.1151-6 du Code de la santé publique et Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé art. L1111-6)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. La personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Cette désignation est faite par écrit.

Je soussigné(e) Madame, Mademoiselle, Monsieur : Né(e) le : A
Demeurant : Tél :

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance actuellement. Néanmoins, je sais qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation en cours d'hospitalisation.

Je souhaite désigner comme personne de confiance

Madame, Mademoiselle, Monsieur : Né(e) le : A
Demeurant : Tél :

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Toutefois, je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de changement de désignation.

Fait à Mours, le **Signature du patient** précédée de la mention «lu et pris connaissance».

PARTIE RESERVEE A LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) Madame, Mademoiselle, Monsieur : Né(e) le : A
Demeurant : Tél :

Accepte d'être la personne de confiance de Madame, Mademoiselle, Monsieur :, Et d'être consulté(e) au cas où elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Je suis au courant que cette désignation est révocable à tout moment par le patient.

Fait à Mours, le **Signature de la personne de confiance** précédée de la mention «lu et pris connaissance».

NOTE EXPLICATIVE SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE

De quoi s'agit-il ?

Vous pouvez désigner dans votre entourage une personne de confiance qui peut, si vous le souhaitez, vous accompagner dans vos démarches santé, y compris lors de vos consultations médicales, vous aider à prendre des décisions concernant votre santé, et transmettre à l'équipe soignante vos volontés au cas où vous seriez hors d'état de vous exprimer.

L'avis ainsi recueilli auprès de la personne de confiance guidera le médecin pour prendre ses décisions.

Vous pouvez en outre confier vos directives anticipées à votre personne de confiance. La personne de confiance s'exprime en votre nom et selon vos souhaits. Elle doit donc connaître vos volontés et les exprimer lorsqu'elle est appelée à le faire. La personne de confiance ne peut toutefois pas obtenir communication de votre dossier médical, à moins que vous ne lui fassiez une procuration expresse en ce sens. De plus, si vous souhaitez que certaines informations ne lui soient pas communiquées, elles demeureront confidentielles, quelles que soient les circonstances. Si vous n'êtes plus en mesure d'exprimer votre volonté, seules les informations jugées nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité seront communiquées à votre personne de confiance.

Dans le cadre de la procédure encadrant les décisions de limitation ou d'arrêt des traitements en fin de vie, l'avis de la personne de confiance sera pris en compte par l'équipe médicale mais, en dernier lieu, c'est au médecin qu'il reviendra de prendre la décision concernant votre santé.

Qui peut désigner une personne de confiance ?

Seule une personne majeure peut en désigner. Si vous êtes protégé par une mesure de tutelle, vous ne pouvez pas désigner une personne de confiance. En revanche, si vous désignez quelqu'un antérieurement à la mesure de tutelle, le juge des tutelles peut, soit confirmer la mission de cette personne, soit révoquer sa désignation. Le majeur sous curatelle ou sous sauvegarde de justice peut, quant à lui, désigner sa personne de confiance.

Qui peut être désigné ?

Vous pouvez désigner toute personne de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission : un parent, un proche ou votre médecin traitant.

Comment désigner la personne de confiance ?

La désignation doit se faire par écrit. Vous pouvez changer d'avis à tout moment et, soit annuler votre désignation, soit remplacer la désignation d'une personne par une autre. La personne de confiance désignée doit cosigner le document.

La désignation faite lors d'une hospitalisation n'est valable que pour la durée de cette hospitalisation. Si vous souhaitez que cette désignation soit prolongée, il convient de le préciser par écrit. Les informations sur votre personne de confiance que vous aurez communiquées (identité, coordonnées pour la joindre), seront classées dans votre dossier médical et conservées au sein de l'établissement.



Centre de Réadaptation
DE MAURS

Route de Saint Cirgues
15600 MAURS
☎ 04-71-46-25-03

DOSSIER MEDICAL

Centre de Réadaptation

À joindre au dossier d'admission, sous Pli Confidentiel
aux Psychiatres, Dr GALET et Dr MONTEJO.

PATIENT:

NOM:

Prénom:

Date de Naissance:

ELEMENTS BIOGRAPHIQUES

(Milieu familial, conditions d'éducation, placements éventuels, antécédents familiaux)

HISTOIRE PSYCHOPATHOLOGIQUE

ANTECEDENTS DE L'ENFANCE (alimentation, sommeil, maîtrise sphinctérienne, acquisition du langage, développement psychomoteur, développement cognitif, développement psycho-affectif, troubles du comportement. etc...)

ANTECEDENTS DE L'ADOLESCENCE (alimentation, troubles du comportement, troubles des conduites sexuelles, conduites addictives : alcool, toxicomanie etc...)

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE (Classification CIM 10)

- Schizophrénie (F20) Paranoïde simple hétéphrénique sans précision
 Trouble schizo-affectifs (F25) type maniaque type dépressif sans précision
 Troubles spécifiques de la personnalité (Paranoïde dyssoziale émotionnellement labile schizoïde
 Troubles shizo-affectif (F25) Maniaque Bipolaire Dépressif

Autre:

TRAITEMENT ACTUEL (Psychotropes, somatiques, contraception)

Joindre la copie de l'ordonnance de son traitement actuel

SEJOURS HOSPITALIERS

Joindre le(s) compte(s) rendu(s) médical(aux) des hospitalisations.

<u>Etablissements</u>	<u>Lieu</u>	<u>Dates début /fin de séjour</u>

QUELS SONT LES OBJECTIFS POUR CE PATIENT DE L'ORIENTATION SUR LE CENTRE DE READAPTATION

RESULTATS D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES (Sérodiagnostic, E.E.G., Scanner, etc..)

Joindre la copie de l'interprétation du dernier E.C.G

BILAN SANGUIN:

Joindre un bilan sanguin de moins de 3 mois

GROUPE SANGUIN:

Historique des Traitements du patient

VACCINATIONS

Joindre la copie des vaccinations, OBLIGATOIRE au Centre de Réadaptation de MAURS

POLIOMYELITE

Dernier rappel le :

DIPHTERIE

Dernier rappel le :

TETANOS

Dernier rappel le :

ALLERGIES CONNUES

CONTRE INDICATIONS MEDICAMENTEUSES

REGIMES SUIVIS

OBSERVATIONS PARTICULIERES

SUIVI NEUROPSYCHOLOGIQUE:

OUI

NON

Si oui: joindre le(s) bilan(s)

ENGAGEMENT DE REPRISE: Joindre un engagement de reprise du patient dans votre service dans le cas où l'état du patient nécessiterait une hospitalisation en structure psychiatrique

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN / PSYCHIATRE AYANT REMPLI LE DOSSIER

Le dossier d'admission sera traité à la réception de toutes les pièces obligatoires (administratives et médicales)



@ :

Cachet:

Date :

