

## Clinique Marie Savoie

26, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny

59360 Le Cateau-Cambresis

Tél: 03 27 07 13 00

## Demande d'admission - Patient adulte

Une fois complété, ce dossier est à retourner par mail à [admissions.rehab@emeis.com](mailto:admissions.rehab@emeis.com)

### Coordonnées de l'établissement adresseur:

### Coordonnées du patient adressé par vos soins

Sexe : ☐ F ☐ H

Prénom :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :  Portable :  E-mail :

Nom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

### Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre ☐ Médecin généraliste ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :  Ville :

Téléphone :

E-mail :

Si vous n'êtes pas le médecin traitant,  
coordonnées du médecin traitant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :  Ville :

Téléphone :

E-mail :

### Couverture sociale

Nom de l'assuré :

☐ CPAM ☐ RSI ☐ MSA ☐ LMDE ☐ SMEREP ☐ CMU

N° d'immatriculation :  ☐ Autre, préciser :

Assurance complémentaire :

Nom de la mutuelle :

N° adhérent :

Téléphone :

ALD: ☐ Oui ☐ Non

### Personne à prévenir en cas de nécessité

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :  Portable :  E-mail :

Lien avec le patient :

### Suivi social

Nom et coordonnées:

### Protection juridique

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Curatelle renforcée ☐ Autre:

Coordonnées:

## Partie à remplir par le médecin psychiatre

Nom et prénom du patient : .....

### Diagnostics 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 ☐ SPDREMode 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:

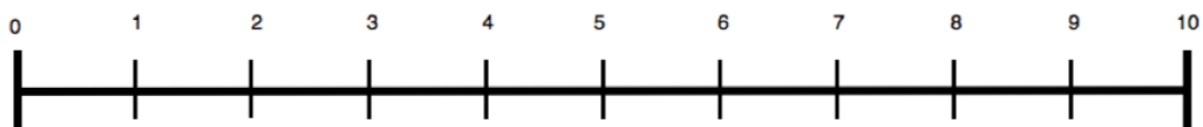
### Autonomie

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			
Habiletés 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