

DEMANDE D'ADMISSION

Clinique Sensevia, spécialisée en Réhabilitation et Réinsertion Psychosociale

Tél : 04.68.30.43.43 Fax. 04.68.04.92.82 - E.mail : secmed.sensevia@emeis.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 : _____

(Joindre un justificatif de domicile du patient ou de l'hébergeur)

MODE DE VIE

Situation familiale

- ☐ Célibataire
☐ Concubinage
☐ Marié(e)
☐ Divorcé(e)
☐ Veuf(ve)

Logement

- ☐ personnel
☐ appart. Thérapeutique
☐ foyer
☐ SDF
☐ autre (préciser) _____

Famille

- ☐ père
☐ mère
☐ nombre d'enfants : _____
☐ nombre de personnes à charge : _____
☐ 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 : _____ 1
☐ ALD ☐ Invalidité ☐ CMU fin de validité : _____ ☐ Autre (préciser) _____

PROTECTION DES BIENS

- ☐ Pas de protection Organisme : _____
☐ Sauvegarde de justice Nom du protecteur : _____
☐ Curatelle simple ou renforcée Adresse : _____
☐ Tutelle aux prestations sociales Téléphone : _____
☐ Tutelle allégée ou ordinaire Mail : _____

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

- Mesure judiciaire en cours ☐ non ☐ oui (laquelle) _____
Directives anticipées rédigées ☐ non ☐ oui

- Date de la rédaction: _____
- Identité et coordonnées de la personne détenteurice: _____

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 :

RESUME DE L'ETAT CLINIQUE ACTUEL

Le patient est-il ACTUELLEMENT HOSPITALISE ?

☐ NON

☐ CMP

☐ HDJ

☐ CATTP

☐ SUIVI PRIVE

☐ OUI

DATE DE DEBUT D'HOSPITALISATION :

Mode d'hospitalisation : ☐ Libre

☐ S.P.D.T.

☐ S.P.D.R.E.

Motif d'admission :

Evolution :

ETAT CLINIQUE ACTUEL :

2

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 tentative de suicide : ☐ OUI ☐ NON

Si oui : ☐ avec hospitalisation ☐ sans hospitalisation ☐ date approximative

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

Tabac ☐ OUI ☐ NON nombre de cigarettes par jour :

En cas d'antécédents de prise de toxiques, nous vous prions aussi de joindre un bilan urinaire récent des toxiques, document indispensable pour le traitement de la candidature.

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES FAMILIAUX

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

Antécédents de pathologies psychiatriques dans la famille :

Antécédents de suicides ou tentatives dans la famille :

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...)

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 :

Rendez-vous somatiques en cours ? Si oui, préciser la date et le lieu : Les rendez-vous pris avant l'entrée, ne seront pas pris en charge par la Clinique (ni consultation, ni transport).

4

Mode de contraception :

Régime :

Allergies :

Vaccinations (Covid et/ou Grippe) :

Autre :

Coordonnées du Médecin Généraliste/Traitant :

Nom :

N° Téléphone :

Prénom :

Mail :

Adresse :

N° Fax :

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			
Habiletés 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.**

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 avec un retour à domicile à la fin de séjour.
- ☐ **Evaluation** séjour d'évaluation des aptitudes et capacités à la vie quotidienne, sociale et professionnelle, un retour dans l'établissement de référence à l'issue du séjour.
- ☐ **Réhabilitation** séjour centré sur un projet de réinsertion sociale.

Un seul choix possible, avec un retour du patient dans l'établissement référent ou à domicile pour travailler sur un nouveau projet si nécessaire. Un second choix de séjour fera l'objet d'une nouvelle demande et d'un nouveau séjour.

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 :****Démarches sociales en cours :****COORDONNEES DES CORRESPONDANTS****Structure/ Equipe qui assurera le relais des soins (CMP, HDJ etc..) :****Psychiatre qui assurera le relais des soins :****Autre (Assistante sociale...):**

Nom du Correspondant			Coordonnées
Courrier			
Fax			
Téléphone			
E-mail			
Rencontre			

Date :**Cachet :****Signature :**

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

Nom et prénom du patient :

Mesure de Protection

Mesure de protection :

Organisme de gestion :

Nom du tuteur :

Adresse :

Téléphone (**ligne directe**):

Fax :

E-MAIL (**obligatoire**) :

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:

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)
- ☐ Copie du statut vaccinal lié à la COVID-19
- ☐ Fiche Infirmière page 05 (Infirmière et/ou Personnel Médicotechnique)
- ☐ 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 (gestion budgétaire)
- ☐ Lettre de motivation avec but du séjour (**OBLIGATOIRE**)
- ☐ Ordonnance à jour (**recto-verso**)

- ☐ Justificatif de domicile du patient ou de l'hébergeur

PREVOIR POUR LE SEJOUR A LA CLINIQUE SENSEVIA

9

- ✓ 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)
- ✓ Prévoir des vêtements et chaussures Adaptés à la Saison
- ✓ Prévoir matériel aquatique (maillot de bain, bonnet de bain et serviette)