

OBSERVANCE MÉDICAMENTEUSE

Ordonnance jointe au dossier de pré-admission : Oui Non
Mode d'hospitalisation à l'entrée : SL SPDT SPDRE
Mode 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 :



Nom : Prénom :

MES MOTIVATIONS :

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

- | | |
|--|--|
| <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 À LA FIN DU SÉJOUR :

Type et situation du logement envisagé :

- Appartement privatif
 - 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 :



Nom du patient : Prénom :

AUTONOMIE :

Le patient	Oui	Non	Précisions et commentaires
S'habille-t-il seul?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fait-il sa toilette seul?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'alimente-t-il seul?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gère-t-il son traitement seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Présente-t-il des troubles de l'élimination?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Le patient	Oui	Non	Précisions et commentaires
Tendance à l'agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désorientation temporo-spatiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problèmes pour vivre en collectivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problèmes de communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien du linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confection de repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion financière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion du temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démarches administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Reconstruction de soi

Compétences	Axe engagé et à continuer	Axe à travailler	Non pertinent
Relations familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confiance en soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connaissances pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion du stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion des conduites à risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amélioration des difficultés cognitives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habiletés sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Réinsertion professionnelle

Compétences	Axe engagé et à continuer	Axe à travailler	Non pertinent
Stages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



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 :

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