



## Dossier de demande d'admission

### Dossier à retourner au secrétariat médical

- **Par courrier** : 60 rue du Laiton 77176 SAVIGNY-LE-TEMPLE  
Téléphone secrétariat : 01 89 02 00 60  
E-mail secrétariat : Maison Partenaires : [mp.senart@lad.fr](mailto:mp.senart@lad.fr)  
Passerelle : [passerelle.senart@lad.fr](mailto:passerelle.senart@lad.fr)  
Espace de jour : [ej.senart@lad.fr](mailto:ej.senart@lad.fr)
- **Par fax** : 01 64 87 10 90
- **Par mail sécurisé** : [secretariat.senart@lad.mssante.fr](mailto:secretariat.senart@lad.mssante.fr)

## NOTE EXPLICATIVE

Veillez trouver ci-après le dossier de demande d'admission de notre établissement.

Il comporte deux parties :

- Une partie administrative à compléter par vos soins,
- Une partie médicale à faire compléter par le médecin qui vous oriente vers notre structure.

Afin de nous permettre de traiter votre demande d'admission, merci de joindre obligatoirement à la présente demande :

- ✓ Une photocopie de votre attestation de sécurité sociale en cours de validité.
- ✓ Une photocopie recto/verso de votre carte de mutuelle en cours de validité.
- ✓ Le cas échéant, une photocopie de l'attestation d'affiliation à la CMU.

Si la demande concerne une personne majeure sous protection juridique,

- ✓ Une photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique.

Si la demande concerne une personne reconnue en situation de handicap.

- ✓ Une photocopie de(s) notification(s) de la MDPH.

Une fois le dossier complété, veuillez nous le retourner par courrier, fax ou mail aux adresses mentionnées en première page.

**Attention : En cas de dossier incomplet, la demande ne pourra être étudiée. Dans tous les cas, les « INFORMATIONS OBLIGATOIRES » sont à renseigner en étant le plus exhaustif possible.**

Votre dossier sera ensuite étudié dans les plus brefs délais, par l'équipe médicale.

Remarque : un rendez-vous de pré-admission pourra être organisé si l'équipe médicale l'estime nécessaire.

Date d'admission souhaitée :

Le plus tôt possible

Le ou à partir du :

**DEMANDE D'ADMISSION**  
**Volet administratif**

Date de la demande

Nom et prénom du patient

Nom de jeune fille

Sexe : F M

Date de naissance

Age :

Lieu de naissance

Numéro de sécurité sociale

Téléphone

Adresse postale

Adresse mail

**Situation familiale**

Célibataire Marié(e) PACS Divorcé(e) Veuf(ve)

**Mode de vie**

Domicile personnel Hébergé(e) En institution SDF

**Protection juridique**

Aucune Tutelle Curatelle Demande en cours

Cordonnées:

**Situation professionnelle**

En activité : Oui Non

Préciser : ESAT Milieu ordinaire Invalidité Arrêt de travail

Ressources : Chômage RSA AAH

**Type de chambre souhaitée (uniquement pour les hospitalisations temps plein) :**

Chambre double Chambre simple (50€/jour)

## DEMANDE D'ADMISSION Volet médical

Médecin prescripteur du séjour

Adresse

Téléphone

Email

Etablissement prescripteur du séjour

Adresse

Téléphone

Email

Psychiatre traitant

Téléphone

Email

Médecin traitant

Téléphone

Email

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

### Type de séjour demandé :

---

- Séjour de consolidation post crise et évaluation / préparation retour au lieu de vie
- Soulagement de l'environnement
- Remobilisation et accompagnement à la collectivité pour un projet de vie
- Rupture de chronicisation pour évaluer, favoriser et développer autonomie et capacité d'adaptation

### Antécédents et synthèse psychiatrique

---

### Histoire de la maladie/ Etat clinique actuel *(OU JOINDRE COURRIER/CRH)*

---

### Projet à la sortie

---

- Retour au domicile    Retour secteur    Hébergement/institutions  
Précisions :

## Risque suicidaire

---

Antécédents de tentative de suicide oui non

Le cas échéant, dernier épisode Précisions

Idées suicidaires actuelles oui non

Antécédents familiaux de suicide (lien de parenté)

## Conduites addictives

---

oui non

Précisions - Sevrage - Remarques

**Antécédents somatiques** *(Merci de joindre si possible comptes rendus d'hospitalisation, bilans biologiques récents, ECG...)*

---

**Régime alimentaire :** Normal Autre :

**Traitements en cours :** Joindre une ordonnance récente de TOUS les traitements

**Le patient a-t-il des RDV de consultation ou examens complémentaires programmés ?**

oui non

Si oui, merci de préciser :

**Soins et surveillance IDE à prévoir**

Oui Non

Si oui, merci de préciser :

Nom et Prénom(s) du patient



Date de naissance

**GRILLE NATIONALE AGGIR**  
**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINEE**

**SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE**

<b>VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE</b>		
1	COHERENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée	
2	ORIENTATION : se reperer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux.	
3	TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut
		Bas
4	HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut
		Moyen
		Bas
5	ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir
		Manger
6	ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire
		Fécal
7	TRANSFERT : se lever, se toucher, s'asseoir	
8	DEPLACEMENT A L'INTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant ...	
9	DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
10	COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...	
<b>VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE</b>		
11	GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
12	CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
13	MENAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
14	TRANSPORT: prendre et / ou commander un moyen de transport	
15	ACHATS : acquisition directe ou par correspondance	
16	SUIVI DU TRAITEMENT: se conformer à l'ordonnance du médecin	
17	ACTIVITES DE TEMPS LIBRE : activités sportive, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps	

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement

B: fait partiellement, non habituellement, non correctement

C : ne fait pas

## ENGAGEMENT DE REPRISE

---

Je soussigné, Docteur

m'engage à reprendre Mr ou Mme

dans le service

de l'hôpital

en cas de décompensation, d'échec de prise en charge, s'il ne s'adapte pas à votre établissement ou au terme de la durée du séjour convenue à l'admission.

Date :

Tampon et signature :