



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 : mp.senart@lad.fr
- **Par fax** : 01 64 87 10 90
- **Par mail sécurisé** : secretariat.mhs@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 :

Dès que 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 :

Chambre double Chambre simple (50€/jour)

Informations au patient :

Le.a patient.e est informé.e de son droit à rédiger ses directives anticipées : Oui Non

Le.a patient.e a rédigé ses directives anticipées : Oui Non

Le.a patient.e possède un plan de prévention partagé : Oui Non

Dans le cadre de la maîtrise du risque infectieux au sein de notre établissement, ses effets personnels pourraient être éventuellement retirés temporairement et remis dans un délai de moins de 72h.

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 psychiatriques

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

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
1	COHERENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée	
2	ORIENTATION : se repérer 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 ...	
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
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 :