



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 : mh.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.
- ✓ Une photocopie de la pièce d'identité (CNI, passeport).

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.

DEMANDE D'ADMISSION

Volet administratif et social

Date d'admission souhaitée :

Dès que possible

Le ou à partir du :

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)

Logement/hébergement

Domicile personnel

Hébergé(e)

SDF

En institution

Précisions :

Vie quotidienne et aide à la gestion

Précisions si nécessaire :

Protection juridique

Aucune

Tutelle

Curatelle

Sauvegarde

Habilitation familiale

Demande en cours

Cordonnées:

Situation professionnelle

En activité : Oui Non

Préciser :

ESAT

Milieu ordinaire

Invalidité

Arrêt de travail

Ressources :

Chômage

RSA

AAH

Autres

Type de chambre souhaitée :

Chambre double

Chambre simple (50€/jour)

Précisions :

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

Choix de l'unité : Maison Partenaires Passerelle Espace de Jour

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 :