

DOSSIER DE PRE – ADMISSION

Hospitalisation complète

Hospitalisation de jour

Date : / /

Dossier rempli par : (Nom, Prénom, Fonction).....

Adresse Professionnelle :

Téléphone : -- /-- /-- /-- /-- Fax : -- /-- /-- /-- /-- Mail :.....@.....

Pour les patients en cours d'hospitalisation :

Date et lieu du début de la prise en charge dans votre structure :

Date de sortie prévue (transfert chez nous) :

Pièces à joindre impérativement :

- Photocopie de l'attestation de la carte vitale mise à jour
- Photocopie de l'attestation C.S.S ou carte de Mutuelle en cours de validité
- Photocopie de la Carte d'Identité ou du Passeport
- Bilan sanguin de moins d'un mois (cf. ordonnance ci-jointe) - **annexe 1**-
- Dernière ordonnance utilisée à la pharmacie pour la remise des médicaments (avec le tampon de l'officine)
- En cas d'hébergement chez un tiers ou en structure, veuillez joindre une attestation écrite (Cf. modèle) - **annexe 2** –
- Lettre de motivation (pour les patients en poursuite de démarche de soins)

TOUT DOSSIER ILLISIBLE OU INCOMPLET SERA SYSTEMATIQUEMENT REFUSE

RENSEIGNEMENTS A L'ATTENTION DES PATIENTS

LA DUREE DE L'HOSPITALISATION : 6 semaines et ne pourra excéder 90 jours consécutifs

LES REPAS :

- Le petit déjeuner : 8h00
- La collation (du mardi au vendredi) : 16h30
- Le déjeuner : 12h
- Le dîner : 19h30

LES VISITES :

Du lundi au vendredi de 16h à 17h30 (sur inscription du patient auprès du secrétariat – 2personnes par visiteurs).

LE TELEPHONE :

Les téléphones portables sont autorisés **sauf pendant les activités**.

LES SORTIES :

Des sorties en groupe à visée thérapeutique sont proposées toutes les semaines sur un créneau d'une heure et demie.

Des sorties individuelles pouvant inclure une nuitée sont autorisées après validation par le Médecin et la Direction.

Seules des démarches ou des rendez-vous justifiés, **présentant un intérêt pour votre prise en charge**, permettrons une sortie individuelle.

DIVERS :

Il est déconseillé de venir avec votre véhicule le jour de l'entrée.

Les parfums, eaux de toilette, bain de bouche ainsi que tout produit alimentaire contenant de l'alcool ou du vinaigre ne sont pas autorisés dans l'établissement. (Ils seront remis à l'infirmier(ère) le jour de votre arrivée.).

Merci de prévoir une tenue adaptée pour les activités physiques (jogging, baskets, ...)

Merci de prévoir une tenue vestimentaire décente tout au long de votre séjour.

Vous munir de 24 heures de traitement maximum le jour de l'entrée.

I : PARTIE MEDICALE (à remplir uniquement par le médecin)

PATIENT
Nom :
Prénom :
Nom de jeune fille :
Date de naissance :

Suivi(s) actuel(s) :

- Par le médecin traitant
- Par un CSAPA, à préciser :
- Par un CMP, à préciser :
- Autre :
- Pas de suivi

ANTECEDENTS :

FAMILIAUX :

MEDICO-CHIRURGICAUX :

PSYCHIATRIQUES (suivi et hospitalisation, TA, troubles du comportement, ...) :

ALLERGIES : Oui Non

Si oui, Lesquelles? Précisez :

HISTOIRE DES CONDUITES ADDICTIVES (avec produits : alcool, tabac, cannabis, héroïne, cocaïne, amphétamines, médicaments et/ou sans produit : TCA, Jeux pathologiques...)

Conditions de début, durées, modes de consommation

Prises en charges antérieures avec dates et lieux:

II : PARTIE SOCIALE

Identité du patient

NOM :

NOM de jeune fille :

Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance :

Adresse : Ville : Code postal :

Téléphone fixe : E-mail :@.....

Téléphone portable :

Situation familiale :

- Marié (e) Concubinage
 Célibataire PACS
 Veuf (Ve) Divorcé (e)
Nombre d'enfants :

Situation professionnelle :

- Emploi Chômage
 Invalidité Retraité
Arrêt de travail si Oui, date de début :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Monsieur Madame

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Ville : Code postal :

E-mail :@.....

Téléphone : -- /-- /-- /-- /--

Médecin traitant : (si différent du médecin demandeur) :

Nom :

Adresse :

.....

Ville :

Code postal :

Téléphone -- /-- /-- /-- /--

Email :@.....

Fax : -- /-- /-- /-- /--

Protection juridique si oui :

◆ Tutelle ◆ Curatelle ◆ Curatelle renforcée

NOM :

Adresse :

Tél : -- /-- /-- /-- /--

E-mail :@.....

Organisme d'assurance maladie

Numéro SS :

Photocopie de l'attestation de sécurité sociale + carte de mutuelle **RECTO VERSO**

Référent social si oui :

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : -- /-- /-- /-- /--

Fax : -- /-- /-- /-- /--

E-mail :@.....

Suivi judiciaire si oui :

Actuel :

Passé :

Logement après le séjour :

Logement personnel

Foyer/Hôtel (joindre l'attestation d'hébergement)

Sans domicile

Autre (joindre l'attestation d'hébergement)

ANNEXE 1

Pour une réception plus rapide des éléments, vous pouvez demander au laboratoire de

Nous faxer directement les résultats au 03.27.91.10.62.

A REMETTRE AU MEDECIN TRAITANT

Chère Consœur, Cher confrère,

Voudriez-vous faire effectuer le bilan biologique suivant, avant l'admission de votre patient dans notre établissement :

- NF avec plaquettes
- EAL
- GLYCEMIE à jeun (+ HBA1C si diabète)
- Ionogramme sanguin
- Créatinine, clearance créatinine, DFG
- TP
- GAMMA GT
- TGO
- TGP
- Sérologie (VIH, HVB, HVC)
- Dosage des toxiques urinaires (En cas d'antécédents de consommation de toxiques (tels que le cannabis, opiacés, héroïne, amphétamines ...) ou pour les patients avec traitements de substitution actuel ou ancien).
- RT PCR SARS COV 2 (Test covid) – **à faire 48h avant l'entrée**

Veillez croire, Chère Consœur, Cher Confrère, en l'assurance de notre parfaite considération.

ATTESTATION D'HEBERGEMENT

Je soussigné (e) Mme, M.....

Lien avec le patient

Demeurant au

.....

Je m'engage à accueillir à sa sortie d'hospitalisation Mme, M.....

Vous trouverez ci-joint une copie de la carte d'identité.

Fait à :

Le :

Signature :