

## DOSSIER DE PRE ADMSSION

de \_\_\_\_\_

### VOLET I PARTIE ADMINISTRATIVE ET SOCIALE

**ETAT CIVIL :**

Civilité : .....

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse au moment de la demande : .....

.....

Type de logement :  locataire  propriétaire  parents  autres

Téléphone fixe : ..... Téléphone mobile : .....

Statut matrimonial : **Célibataire / Marié(e) / Divorcé(e) / Veuf(ve)**

Enfant(s) : **OUI / NON**

Si oui, combien:(+compléter le tableau ci-dessous + joindre la copie du jugement de droit de garde le cas échéant)

Nom	Prénom	Date de naissance

Autonome en transport en commun : **OUI / NON**

**COORDONNEES DES REFERENTS FAMILIAUX :**

Adresse des Parents : .....

.....

Téléphone fixe : ..... Téléphone mobile : .....

Si parents séparés ou divorcés :

Adresse du père : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone mobile : .....

Adresse de la mère : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone mobile : .....

**PERSONNE DE CONFIANCE :** (formulaire joint à remplir)

**PERSONNE A PREVENIR :**



## DOSSIER DE PRE ADMISSION

de \_\_\_\_\_

### PROTECTION JURIDIQUE : OUI / NON / EN COURS

Si oui, quel type :

Nom du mandataire : .....

Adresse du mandataire : .....

.....

Téléphone du mandataire : ..... Courriel : .....

### REFERENTS MEDICO-SOCIO-EDUCATIF :

Adressé(e) par : .....

Secteur psychiatrique de référence : .....

Coordonnées : .....

@ : .....

**Nom du Médecin Traitant** : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

.....

**Référent socio-éducatif (Ass. Sociale, Educateur spécialisé, ...)** : .....

Nom, Prénom : .....

Organisme : .....

Adresse : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone mobile : .....

Courriel : .....

### ASSURANCE SOCIALE :

CPAM de ..... N° assuré social : ..... Date de fin de droits : .....

ALD 30 : OUI / NON Si OUI -> jusqu'au ..... CMU : OUI / NON OUI -> jusqu'au .....

Mutuelle : OUI / NON Nom : ..... N° adhérent : .....

Date de fin de droits : .....

CMUC : OUI / NON Date de fin de droits : .....

## DOSSIER DE PRE ADMSSION

de \_\_\_\_\_

### LES RESSOURCES :

Sources : AAH / AEEH / Ind. Journalières / RSA / Pôle Emploi (salaires) / Rente / Pension d'invalidité

\* Si indemnités journalières, indiquer le montant perçu (fournir attestation (CAF/BS/attestation Pôle Emploi)) et la date du dernier arrêt de travail : .....

Autres : .....

N° allocataire CAF : .....

### STATUT TRAVAILLEUR HANDICAPÉ (MDPH) :

Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé : OUI / NON Si oui, jusqu'au : .....

Orientation professionnelle : OUI / NON - Type : ..... Si oui, jusqu'au : .....

Orientation sociale : OUI / NON - Type : ..... Si oui, jusqu'au : .....

Dans quel type d'activité êtes-vous inscrit(e) ? .....

### SUIVI SOCIAL :

### SUIVI JUDICIAIRE :

SPIP / Obligation de soins : .....

*(Cadre réservé au Service)*

Nom de la secrétaire :

Date du 1<sup>er</sup> contact ou de la réception du dossier :

Validation médicale :

Date :

### 1<sup>er</sup> RENDEZ-VOUS :

**Date :**

Visite du centre : **h**

Consultation médicale : **h**

Par : Cadre de Santé / IDE de service

Avec :

Courrier de confirmation envoyé le :

### 2<sup>ème</sup> RENDEZ-VOUS :

**Date :**

Heure :

**Date d'admission :**

## DOSSIER DE PRE ADMISSION

de \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS :

#### « Le Forfait Journalier Hospitalier en Psychiatrie »

**Les services : Appartements Thérapeutiques et l'accueil en atelier de jour ne sont pas concernés par le FJHP**

En Entrant au centre de postcure psychiatrique « Les Briords », vous êtes soumis au régime hospitalier. Il vous reste à régler le **forfait journalier hospitalier psychiatrie** qui est de **15 euros par jour** pour la participation aux frais d'hébergement et de nourriture.

Certaines mutuelles peuvent vous aider à payer ce forfait. Sachez que la durée de prise en charge est différente selon les organismes complémentaires (30 jours, 60 jours, 90 jours, 365 jours...). Compte tenu de la durée moyenne de séjour au centre de postcure psychiatrique « Les Briords » (entre 12 et 24 mois), et pour vous permettre d'effectuer votre séjour dans de bonnes conditions matérielles, **souscrivez avant votre arrivée.**

D'après les dispositions légales en vigueur au 01/03/2010.

### Documents à fournir impérativement avant l'entrée en soin

IMPERATIF à la 1 <sup>ère</sup> consultation	Si possible à la 1 <sup>ère</sup> consultation	IMPERATIF à l'Admission
<p><i>La Carte nationale d'identité.</i></p> <p>☞ <u>Votre attestation de droits Sécurité Sociale mentionnant l'exonération du ticket modérateur dans le cadre de l'ALD 30 (affection psychiatrique) et éventuellement les droits CMU</u>—vous pouvez, vous procurer cette attestation auprès de votre CPAM ou sur votre compte internet AMELI-</p> <p>☞ <i>La carte vitale.</i></p> <p>☞ <u>Vos justificatif(s) de ressources</u> (Allocation retour à l'emploi (ARE) , CAF/AAH, MDPH/AEEH, CPAM Ind. Journalières, pension d'invalidité ...).</p> <p>☞ <u>Votre attestation mutuelle ou assurance complémentaire.</u></p> <p>☞ <u>Votre document de la CPAM vous attribuant l'ACS</u></p> <p>☞ <u>Le jugement de protection juridique</u> (curatelle, tutelle, sauvegarde de justice, ...) si vous en avez une.</p> <p>☞ <u>Votre carnet de vaccinations</u> (vos vaccinations doivent être à jour pour votre admission).</p> <p>☞ <u>Pour les Appartements Thérapeutiques :</u> - courrier du patient motivant sa demande</p>	<p>☞ <i>Votre carnet de santé.</i></p> <p>☞ <u>Un extrait d'acte de naissance ou copie du livret de famille + jugement garde d'enfant(s) le cas échéant.</u></p>	<p>☞ <u>4 Photos d'identité récentes.</u></p> <p>☞ <u>Votre assurance responsabilité civile.</u></p> <p>☞ <u>Si vous venez au Centre avec votre véhicule personnel et que vous l'utiliserez durant votre séjour (suivant le règlement intérieur) la copie du permis de conduire et l'attestation d'assurance du véhicule.</u></p> <p>☞ <u>La ou les décisions de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (RQTH, AAH, ...) si vous en avez déjà.</u></p> <p>☞ <u>Votre dernière prescription médicale.</u></p> <p>☞ <u>Tout élément médical utile à votre prise en charge (examens complémentaires, soins en cours, ...).</u></p> <p>☞ <u>Pour les Appartements Thérapeutiques :</u> - dépôt de garantie (170€)</p>

## DOSSIER DE PRE ADMISSION

de \_\_\_\_\_

### VOLET II PARTIE MÉDICALE A COMPLETER PAR LE MEDECIN PSYCHIATRE

#### MOTIF DE LA DEMANDE :

- Unité d'Accueil, d'Evaluation et d'Orientation – site de La Mainguais
- Hôpital de semaine – site des Briords
- Appartements Thérapeutiques – Carquefou/Nantes-Est
- Ateliers thérapeutiques et de réadaptation de Jour (temps partiel) – site des Briords

#### INDICATION PAR LE MEDECIN ADRESSEUR :

#### DEMANDE EXPRIMÉE PAR LE PATIENT:

#### OBJECTIFS

DE SOINS :

DE READAPTATION :

SOUHAIT D'EDUCATION THERAPEUTIQUE : OUI / NON

INFORMATION DONNEE :

SOUHAIT(S) ENONCE(S) :

## DOSSIER DE PRE ADMISSION

de \_\_\_\_\_

### SITUATION ACTUELLE :

HOSPITALISATION TEMPS PLEIN : Préciser si HL, SPDT ou SPDRE

SUIVI AMBULATOIRE : (à partir du domicile personnel ou parental

ETAT CLINIQUE :

### PRISES EN CHARGES EN COURS ET SUIVI MEDICAL ACTUEL :

- Hospitalisation temps plein :
- Consultation :
- VAD :
- CATTP :
- HDJ :

### TRAITEMENT ACTUEL

- 
- 
- 
- 
- 

### Autonomie et gestion du traitement : (pour la demande en Appartement Thérapeutique)

- Préparation du pilulier : .....
- Connaissance du traitement : .....
- Bon usage du traitement : .....

DIAGNOSTICS ACTUELS	<u>CIM 10</u>

## DOSSIER DE PRE ADMISSION

de \_\_\_\_\_

### HISTOIRE DE LA MALADIE :

---

### DEBUT DES TROUBLES :

### ÉVÈNEMENTS TRAUMATIQUES INFANTO-JUVENILES ( ? )

SUIVI PEDOPSYCHIATRIQUE : OUI / NON (+ coordonnées des intervenants de ce suivi)

### MODALITÉS RELATIONNELLES DU PATIENT AVEC SA FAMILLE :

### HOSPITALISATIONS :

- Temps complet :
- Postcure antérieure :
- Temps partiel :
- Ambulatoire :

## DOSSIER DE PRE ADMISSION

de \_\_\_\_\_

### ADDICTIONS :

---

- Tabagisme :
- Alcool :
- Cannabis :
- Autres drogues
- Troubles du comportement alimentaire :
- Troubles addictifs des conduites (jeu, etc ...)

### ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES:

---

ANTECEDENTS SUICIDAIRES :

ANTECEDENTS AUTO AGRESSIVITE :

ANTECEDENTS D'HETERO AGRESSIVITE :

ANTECEDENTS DE PASSAGE A L'ACTE :

ANTECEDENTS PSYCHOPATHIQUES :

ANTECEDENTS FAMILIAUX :

Fiche remplie par : \_\_\_\_\_

Date et cachet de l'établissement :

Commentaires :

## DOSSIER DE PRE ADMISSION

de \_\_\_\_\_

### VOLET III PARTIE A COMPLÉTER PAR LE PATIENT/OU SA FAMILLE

#### HISTOIRE FAMILIALE :

--> PARENTS :

- père : M.
- mère : Mme

--> FRATRIE :

- nombre d'enfants :
- rang dans la fratrie :
- description :

-

--> GRANDS-PARENTS

- paternels :
- grand-père paternel :
- grand-mère paternelle :
- maternels
- grand-mère maternelle :
- grand- père maternel

→ Autres référents familiaux :

--> ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :

#### HISTOIRE SCOLAIRE :

- Niveau d'études : .....
- Dernier diplôme obtenu : .....
- Dernière classe d'enseignement général ou spécialisé (année scolaire) : .....

#### FORMATION PROFESSIONNELLE :

-

#### EXPERIENCE PROFESSIONNELLE : contrats de travail, type, durée (Joindre Curriculum vitae) :

-

#### SITUATION VACCINALE ET IMMUNITAIRE : (faire copie du carnet de santé)

## DOSSIER DE PRE ADMISSION

de \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTS MÉDICAUX :

- Maladie génétique : OUI / NON
- Asthme : OUI / NON
- Epilepsie : OUI / NON
- Maladie métabolique : OUI / NON, Si oui laquelle : .....
- Maladies infectieuses graves : OUI / NON
- Maladie cardio vasculaire : OUI / NON
- Antécédents de transfusion sanguine : OUI / NON
- Autres : .....

### SUIVI SOMATIQUE EN COURS : OUI / NON

- Maladie somatique chronique : OUI / NON
- Maladie somatique aigüe : OUI / NON
- Situation infectieuse : OUI / NON
- Porteur de BMR (Bactérie Multi résistante aux Antibiotiques): OUI / NON
- Déficit immunitaire : OUI / NON

### SUIVI PONDERAL :

- Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ IMC à \_\_\_\_\_

### REGIME ALIMENTAIRE : OUI / NON

### PREFERENCES ALIMENTAIRES :

### ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

-

### ANTECEDENTS TRAUMATIQUES :

- Antécédent de traumatisme crânien : OUI / NON

### ANTECEDENTS JUDICIAIRES :

- En tant que mis en cause :
  - o Plainte(s) en cours : \_\_\_\_\_
  - o Condamnation en cours : \_\_\_\_\_
  - o Condamnation antérieures : \_\_\_\_\_
  - o Obligation de soins : \_\_\_\_\_
- En tant que victime :

### ALLERGIES-INTOLERANCES :

- Allergies connues :
- Intolérances médicamenteuses :
- Intolérances alimentaires :

**Signature du patient ou de son représentant légal :**

## DOSSIER DE PRE ADMISSION

de \_\_\_\_\_

### VOLET IV PARTIE A COMPLÉTER PAR LE MEDECIN TRAITANT ET/OU SOMATICIEN

- Etat général :
- Vaccination à jour : OUI / NON
- Antécédents : BMR / BHRE :
- Transfusion sanguine :
- Points d'appels :
- Examen cardiaque : risque liés aux neuroleptiques (allongement espace QT)
- Examen pulmonaire :
- Examen digestif :
- Examen neurologique :
- Examen ORL :
- Examen stomato : nécessité d'un bilan et/ou de soins dentaires ?
- Dermatologie (eczéma, infections, risque gale, autres parasitoses, ...)
- Endocrino : (Thyroïde, risque diabétologique, ..)
- Uro - néphro- génital
- Gynécologie :
- Contraception :

#### DEMANDE D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

<b>Bilan biologique sanguin :</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
<b>A jeûn</b>		
NFS, plaquettes :		
Bilan hépatique : TGO, TGP, gamma GT :		
Bilan lipidique :		
Cholestérol, triglycérides, lipides totaux		
Ionogramme :		
Glycémie :		
CRP :		
Bilan thyroïdien :		
Autres :		

	<b>oui</b>	<b>non</b>
<b>Demande d'un dépistage HIV :</b>		
<b>Analyse urinaire :</b>		
Bandelettes : sucre, acétone, albumine :		
Recherche THC		
Recherche opiacés		
<b>ECG : allongement espace QT ?</b>		
<b>Imageries médicales :</b>		

#### CONCLUSIONS :

**Cachet et signature du médecin :**