Dossier d'Admission

Foyer de Postcure Emile-Henri CATELAND

(Données médicales)



Madame, Monsieur,

Conformément à votre demande, veuillez trouver ci-joint un exemplaire du dossier de demande de prise en charge par notre établissement.

Ce dossier comporte deux volets :

I. Informations administratives :

Les pages 2 à 7 sont à compléter par l'équipe référente.

Nous attirons votre attention sur l'importance des attestations de prise en charge sociale (sécurité sociale, CMU, mutuelle) ainsi qu'une copie de la pièce d'identité en cours de validité.
Dans le cas d'une mesure de protection, l'accord du tuteur légal est obligatoire pour l'intégration du patient au foyer.

II. Données médicales :

Cette partie du dossier devra nous parvenir sous pli confidentiel

- Les pages 9 à 12 sont à compléter par le Médecin Psychiatre référent
- Une fiche de liaison infirmière devra être fournie ainsi qu'un bilan somatique récent

Nous attirons également votre attention sur la nécessité de ces documents, tout dossier incomplet ne pourra être présenté à la commission d'admission.

Après étude du dossier, la décision de commission vous sera adressée par voie postale.

Vous en souhaitant bonne réception,

Nous restons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires et vous prions d'agréer l'expression de nos salutations distinguées.

Nom : ..... Prénom : .....

A adresser sous pli confidentiel à l'attention du
Dr KHELIFA - Médecin Psychiatre
Foyer E-H. Cateland
15 avenue de Lattre de Tassigny
94100 - Saint Maur des Fossés

II - DONNÉES MÉDICALES

Si hospitalisation en cours :

Date du début de l'hospitalisation : ... / ... / .....

Mode : HO- HDT-HL :.....

Motif de l'hospitalisation : .....

Code diagnostic CIM 10..... ☐

Biographie – fratrie :

Antécédents médico-chirurgicaux, allergies, intolérances médicamenteuses, régime alimentaire :

Nom : ..... Prénom : .....

Bilan de santé datant de moins de 2 mois : joindre obligatoirement un certificat médical d'un médecin généraliste avec résultats récents en biologie et interprétation ECG

Surveillance somatique particulière (diabète, hypertension,...) :

Histoire de la maladie (hospitalisations antérieures, HO, HL, HDT, – lieu – durée du séjour), traitements reçus :

Nom : ..... Prénom : .....

Etat clinique actuel :

Traitement actuel :

Activités actuelles :

Remarques sur ses permissions, visites de la famille, liens sociaux :

Nom : .....Prénom : ……..

Motivation de sa démarche pour intégrer le foyer :

Projets à court terme (au moins quatre demi-journées d'activité par semaine à l'extérieur du foyer) :

Projets à moyens terme :

Le service demandeur s'engage à travailler en collaboration avec l'équipe du foyer Cateland et à participer aux synthèses organisées au sujet du patient.

Le service demandeur s'engage-t-il à reprendre l'usager en cas de décompensation ?

Date : … / … / ……

Signature du Médecin psychiatre référent :

Dossier d'Admission

Foyer de Postcure Emile-Henri CATELAND

(Informations administratives)



Madame, Monsieur,

Conformément à votre demande, veuillez trouver ci-joint un exemplaire du dossier de demande de prise en charge par notre établissement.

Ce dossier comporte deux volets :

I. Informations administratives :

Les pages 2 à 7 sont à compléter par l'équipe référente.

Nous attirons votre attention sur l'importance des attestations de prise en charge sociale (sécurité sociale, CMU, mutuelle) ainsi qu'une copie de la pièce d'identité en cours de validité.
Dans le cas d'une mesure de protection, l'accord du tuteur légal est obligatoire pour l'intégration du patient au foyer.

II. Données médicales :

Cette partie du dossier devra nous parvenir sous pli confidentiel

- Les pages 9 à 12 sont à compléter par le Médecin Psychiatre référent
- Une fiche de liaison infirmière devra être fournie ainsi qu'un bilan somatique récent

Nous attirons également votre attention sur la nécessité de ces documents, tout dossier incomplet ne pourra être présenté à la commission d'admission.

Après étude du dossier, la décision de commission vous sera adressée par voie postale.

Vous en souhaitant bonne réception,

Nous restons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires et vous prions d'agréer l'expression de nos salutations distinguées.

PATIENT

NOM : .....

Prénom : .....

Sexe : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone : .....

Mail : .....

Photo d'identité

Nationalité : .....

Titre de séjour : .....

Délivré par : .....

Numéro : .....

Validité : .....

Autorisation de travail : Oui ☐ Non ☐

Personne à prévenir : .....

Téléphone : .....

Copie de la pièce d'identité en cours de validité obligatoire

SITUATION FAMILIALE

	Célibataire	**Vie maritale**	**Marié(e)**	**Séparé(e)**	**Divorcé(e)**	**Veuf(ve)**
Actuellement :						
Durant (ans) :						

Enfants : OUI ☐ NON ☐ Ages : .....

Parents : ..... Téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : .....

SECURITE SOCIALE

Assuré : Oui ☐ Non ☐ Ayant droit de : .....

N° d'immatriculation : .....

Centre de paiement n° : .....

Adresse du centre de paiement : .....

100 % : Oui ☐ Non ☐ **Droits ouverts jusqu'au** : .....

Joindre impérativement une attestation de Carte Vitale

MUTUELLE COMPLEMENTAIRE

Mutuelle : Oui ☐ Non ☐

Organisme : .....

Matricule : .....

Téléphone : .....

Nombre de journées d'hospitalisation en secteur psychiatrique prises en charge par année civile : .....

Nombre de journées d'hospitalisation en secteur psychiatrique prises dans le courant de cette année : .....

Droits ouverts jusqu'au : .... /..... / .....

Joindre impérativement une attestation mutualiste

Nom : ..... Prénom : .....

RESSOURCES

Revenu de Solidarité Active (RSA) :

Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

N° d'allocataire : ..... jusqu'au : ... / ... / .....

Allocation Adulte Handicapé :

Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

N° d'allocataire : ..... jusqu'au : ... / ... / .....

Aide médicale : Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

.....

Curatelle : Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ **Tutelle** : Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

Organisme : .....

Curateur : ..... Téléphone : .....

Tuteur : ..... Téléphone : .....

Autorisation du tuteur
(signature obligatoire pour l'admission)

Pension d'invalidité : Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

.....

Pension de retraite : Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

.....

Autres ressources :

.....

Nom : ..... Prénom : .....

PARCOURS PROFESSIONNEL

Etudes

Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

Degré d'instruction : .....

Diplômes obtenus : ..... Date : ... / ... / .....

Formation professionnelle

Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

Nature : .....

Années : ..... Durée ..... mois

Diplômes obtenus : ..... Date : ... / ... / .....

..... Date : ... / ... / .....

Activités professionnelles

Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

Emploi tenu	Lieu	Période	Cause de la fin du contrat

Reclassement professionnel

Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

Nature : .....

Années : ..... Durée ..... mois

Résultat : .....

Reconnaissance travailleur handicapé

Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

Catégorie : ..... Jusqu'au : ... / ... / .....

Département : ..... Numéro : .....

Emploi souhaité ou recherché

Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

Nature : .....

Démarches effectuées : .....

.....

.....

Nom :..... Prénom : .....

SUIVI MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DU PATIENT

ÉTABLISSEMENTDEMANDEUR

Nom : .....

Adresse : .....

Service:..... Téléphone : .....

Secteur : ..... Fax : ..... Adresse Mail : .....

Médecin chef de service : ..... Téléphone : .....

Médecin psychiatre référent : ..... Téléphone : .....

Psychologue : ..... Téléphone : .....

Médecin généraliste : ..... Téléphone : .....

Cadre infirmier : ..... Téléphone : .....

Assistant service social : ..... Téléphone : .....

HÔPITAL

Nom: .....

Téléphone:.....Fax : ..... Adresse Mail :.....

Adresse : .....

Service : ..... Téléphone : .....

Secteur : ..... Téléphone : .....

Médecin chef de pôle : .....Téléphone : ..... Médecin psychiatre référent : .....Téléphone : ..... Cadre infirmier : ..... Téléphone : .....

Assistant de service social : ..... Téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : .....

CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

CMP .....

Téléphone: ..... Fax : ..... Adresse Mail : .....

Adresse : .....

Médecin référent : ..... Téléphone : .....

Permanences : Jour : ..... Heures : .....

Assistant de service social : ..... Téléphone : ..... Adresse Mail : .....

Permanences : Jour : ..... Heures : .....

AUTRES SUIVIS

CATTP: .....

Téléphone: ..... Fax : ..... Adresse Mail : .....

Adresse : .....

Jours et heures de présence au CATTP : .....

Remarques : .....

HÔPITAL DE JOUR

Hôpital de jour: .....

Téléphone: ..... Fax : ..... Adresse Mail : .....

Adresse : .....

Jours et heures de présence à l'HDJ : .....

Assistant de service social : ..... Téléphone : .....