



DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION

HDJ 12/25 – SCHILTIGHEIM – Tél : 03 88 81 56 17 / 06 81 72 11 89

infirmierie.schiltigheim@emeis.com

Médecin coordinateur : Dr Vincent BERTHOU : berthou.vincent@emeis.com

3 rue du Château d'Angleterre 67300 SCHILTIGHEIM

Public concerné :

- 12 – 15 ans
 16 – 25 ans

Orientation de la demande :

- Hospitalisation de jour

Date de la demande : / /

Renseignements administratifs pour MAJEURS

Sexe : F M

NOM : Prénom :

Date de naissance : Âge :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Email :

Responsabilité légale : Capable majeur Majeur protégé

Protection juridique : Sauvegarde Curatelle Tutelle

Nom et Coordonnées :

.....

Informations Professionnelles :

En activité

Autres :



Renseignements administratifs pour MINEURS

Sexe : F M

NOM : Prénom :

Date de naissance : Âge :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Email :

Représentant légal :

Situation des parents : Mariés ou vivant maritalement Séparés Divorcés Veuf/Veuve

L'hospitalisation d'un mineur nécessite l'autorisation écrite parentale ou du représentant légal

(Loi du 4 mars 2002, art. 372 du Code Civil)

En cas d'impossibilité des deux parents :

Je soussigné(e) M. ou Mme en tant que représentant
légal certifie avoir prévenu la deuxième personne ayant l'autorité parentale de cette demande d'hospitalisation.

Signature(s) :

Personne à prévenir en cas de nécessité

NOM : Prénom :

Lien de parenté : Téléphone :

Adresse :

Code postal : Ville :

Email :



Informations socio-éducatives et judiciaires

Mesure d'accompagnement : OUI NON

Si oui : ASE AEMO PJJ

Coordonnées Référent ASE :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Si placement (Foyer, FA...) :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Coordonnées référents AEMO :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Informations scolaires ou professionnelles

Scolarisé(e) : OUI NON

Si OUI, scolarisé(e) en classe de :

Si NON, déscolarisé(e) depuis le :

Scolarité suspendue depuis le :

Établissement scolaire :

Parcours scolaire :

.....

.....

.....



Contexte familial :

.....
.....
.....

En activité professionnelle Autre :

Formulaire de consentement du représentant légal du patient MINEUR

Je soussigné, Monsieur

.....

Demeurant à

.....

Je soussignée, Madame

.....

Demeurant à

.....

Représentant(s) légal(aux) de

(nom et prénom de la personne mineure hospitalisé(e) déclare(ont) :

- Avoir pris connaissance des conditions d'admission à l'HDJ 12/25 énoncées dans le livret d'accueil et plus particulièrement du règlement intérieur.
- Consentir à ce que soient pratiqués des soins sur ladite personne, rendus nécessaires par son état, selon les prescriptions du corps médical consultés (traitement psychiatrique dans le cadre de l'hospitalisation et traitements médicaux et chirurgicaux en cas d'urgences).

Les éléments vitaux nous seront communiqués le plus rapidement possible,

- Autoriser le médecin psychiatre traitant à délivrer des autorisations de sortie en sortie thérapeutique,
- Autoriser l'équipe du service concerné à prendre en charge le patient mineur hors de l'enceinte de l'établissement dans le cadre d'activités thérapeutiques, et pour ce faire le transporter sur tout lieu d'activité.

En outre, nous acceptons :

- Que toute détérioration mobilière ou immobilière du faire du mineur hospitalisé, nous soit facturée à sa valeur réelle.

Signature de la mère

Fait à

Signature du père



Couverture sociale

Nom de l'assuré(e) :

N° d'immatriculation :

CPAM RSI MSA LMDE SMERREP Autre, préciser :

Mutuelle : OUI NON

Si OUI, laquelle :

N° adhérent :

CMU : OUI NON

Si OUI, validité de à

ALD (Affection longue durée) : OUI NON

Si OUI, validité de à

Renseignements médicaux

À remplir par le professionnel adresseur

Adresseur : Psychiatre Médecin généraliste Pédiatre

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Psychiatre traitant : (si différent du médecin adresseur)

Nom : Docteur

Adresse :

Téléphone :

Mail :



Médecin traitant :

Nom : Docteur

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Motif d'hospitalisation :

.....
.....
.....
.....

Principaux signes cliniques :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Antécédents psychiatriques et histoire de la maladie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents somatiques et allergies :

- **Médicaux :**

.....

.....

.....

- **Chirurgicaux :**

.....

.....

.....

Examens complémentaires : biologie, imagerie et dates des examens : (à joindre au dossier selon la pertinence)

.....

.....

.....

.....



Traitement(s) en cours : (ou joindre ordonnance)

Traitements psychiatriques (spécialités, posologie, répartition)	Traitements somatiques (spécialités, posologie, répartition)

Signature et tampon du médecin adresseur

Merci de nous transmettre votre dossier accompagné des pièces suivantes :

- Carte vitale
- Attestation de responsabilité civile
- Carte mutuelle recto-verso
- Pièce d'identité du patient et du responsable légal
- Si, il y a eu : Jugement du juge pour enfants (12-18 ans) et/ou Jugement du Juge des affaires familiales (divorce)

ENVOYER VOTRE DEMANDE À :

- Courrier :
EUROPSY HDJ 12/25 pédopsychiatrie
3 rue du Château d'Angleterre
67300 SCHILTIGHEIM
- Email :
 - infirmerie.schiltigheim@emeis.com
- Tél : 03 88 81 56 17 / 06 81 72 11 89