

DEMANDE D'ADMISSION
CLINIQUE LAUTRÉAMONT
- PATIENT ADULTE -

Une fois complété, ce dossier est à retourner
par mail à admissions.3lucs@emeis.com

COORDONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT ADRESSEUR :

.....
.....

COORDONNÉES DU PATIENT ADRESSÉ PAR VOS SOINS

Sexe : F H Nom :

Prénom : Nom de jeune fille :

Lieu de naissance : Date de naissance : [.....]

Adresse :

Code postal : [.....] Ville :

Téléphone : [.....] Portable : [.....]

Mail :

COORDONNÉES DU/DES MÉDECIN(S)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre Médecin généraliste

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : [.....] Ville :

Téléphone : [.....]

Mail :

**Si vous n'êtes pas le médecin traitant,
coordonnées du médecin traitant :**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : [.....] Ville :

Téléphone : [.....]

Mail :

COUVERTURE SOCIALE

Nom de l'assuré

N° de Sécurité sociale : [.....] CPAM RSI MSA LMDE CMU

SMEREP Autre, Précisez :

Assurance complémentaire

Nom de la mutuelle : N° adhérent :

Téléphone : [.....] ALD : OUI NON

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : [.....] Ville :

Téléphone : [.....] Portable : [.....]

Mail : Lien avec le patient :

SUIVI SOCIAL

Nom et coordonnées :

.....

PROTECTION JURIDIQUE

Tutelle Curatelle Curatelle renforcée

Autre :

Coordonnées :

Partie à remplir
par le médecin psychiatre 1/2
CLINIQUE LAUTRÉAMONT
- PATIENT ADULTE -

Nom et Prénom du patient :

DIAGNOSTIQUE CIM 10 :

Connaissance du diagnostique : OUI NON

Principal :

Secondaire(s) :

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES PERSONNELS :

Date d'apparition des premiers symptômes : | | | | | | | | | |

Parcours de soins:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents de prises de substances psycho-actives :

Consommation	OUI	NON	Sevré depuis	Substitution
Alcool				
Cannabis				
Cocaïne				
Opiacés				
Amphétamines				
Autre:				

Partie à remplir
par le médecin psychiatre 2/2
CLINIQUE LAUTRÉAMONT
- PATIENT ADULTE -

Nom et Prénom du patient :

TRAITEMENT ACTUEL :

Traitement actuel: Ordonnance jointe au dossier de pré-admission : OUI

RÉSUMÉ DE L'HOSPITALISATION ACTUELLE :

Mode d'hospitalisation à l'entrée : SL SPDT SPDRE

Mode d'hospitalisation actuel : SL SPDT SPDRE

Indication(s) de l'hospitalisation :

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

Tableau clinique et évolution :

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

Vos attentes d'une hospitalisation en post-cure au niveau :

- psychothérapeutique
.....
.....
- professionnel
.....
.....
- du milieu de vie
.....
.....



Objectifs de l'hospitalisation à remplir par le patient CLINIQUE LAUTRÉAMONT - PATIENT ADULTE -

Prénom Nom :
.....

MES MOTIVATIONS ET LES OBJECTIFS DE MON SÉJOUR :

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Connaissance de la maladie | <input type="checkbox"/> Evaluation des capacités à la vie quotidienne |
| <input type="checkbox"/> Autonomie | <input type="checkbox"/> Gestion du budget |
| <input type="checkbox"/> Relations aux autres / communication | <input type="checkbox"/> Psychothérapie |
| <input type="checkbox"/> Confiance en soi | <input type="checkbox"/> Sevrage |
| <input type="checkbox"/> Améliorer mes capacités de mémoire, d'attention | <input type="checkbox"/> Gestion des émotions, maîtrise de soi |
| <input type="checkbox"/> Remise à niveau professionnelle | <input type="checkbox"/> Remise en forme physique |
| | <input type="checkbox"/> Autre : |

MON PROJET D'ORIENTATION À LA FIN DU SÉJOUR :

Type et situation du logement envisagé:

- Appartement privé
- Appartement thérapeutique
- Vie communautaire
- Famille d'accueil
- Famille
- Autre:

Projet professionnel :

- Stage
- Formation
- Travail en milieu ordinaire
- Travail en milieu protégé
- Pas de projet actuellement
- Autre:

Centre d'intérêt:

- Sport
- Art
- Autre:



Pour plus
de renseignements
sur notre établissement :

**Éléments à remplir
 par l'équipe accompagnant
 le patient au quotidien 1/2
 CLINIQUE LAUTRÉAMONT
 - PATIENT ADULTE -**

Nom et Prénom du patient :

AUTONOMIE

Le patient	OUI	NON	Précisions et commentaires
S'habille-t-il seul?			
Fait-il sa toilette seul?			
S'alimente-t-il seul?			
Gère-t-il son traitement seul ?			
Présente-t-il des troubles de l'élimination?			
Autre			

TROUBLES DU COMPORTEMENT ET DES CONDUITES

Le patient	OUI	NON	Précisions et commentaires
Tendance à l'agressivité			
Désorientation temporo-spatiale			
Troubles mnésiques			
Troubles du sommeil			
Problèmes pour vivre en collectivité			
Problèmes de communication			
Autre:			

GESTION DE LA FRUSTRATION : (0 = ne sait pas gérer la frustration, 10 = gère très bien la frustration)



**Éléments à remplir
 par l'équipe accompagnant
 le patient au quotidien 2/2
 CLINIQUE LAUTRÉAMONT
 - PATIENT ADULTE -**

ATTENTES EN RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE :

Compétences	Axe engagé et à continuer	Axe à travailler	Non pertinent
Hygiène des locaux			
Entretien du linge			
Confection de repas			
Gestion financière			
Gestion du temps libre			
Démarches administratives			

RECONSTRUCTION DE SOI :

Compétences	Axe engagé et à continuer	Axe à travailler	Non pertinent
Relations familiales			
Confiance en soi			
Connaissances pathologie			
Gestion du stress			
Gestion des conduites à risques			
Amélioration des difficultés cognitives			
Habiletés sociales			

RÉINSERTION PROFESSIONNELLE :

Compétences	Axe engagé et à continuer	Axe à travailler	Non pertinent
Stages			
Autre			

Activités thérapeutiques : Participation spontanée A stimuler

Commentaires :

SORTIES À L'EXTÉRIEUR :

Le patient est-il amené à faire des sorties à l'extérieur : OUI NON

Si oui : Seul Accompagné

Comportement lors des sorties :

Gestion des achats : Seul Accompagné



ANNEXES OBLIGATOIRES Engagement de recours CLINIQUE LAUTRÉAMONT - PATIENT ADULTE -

Je soussigné (e), Docteur
représentant l'équipe référente, m'engage à reprendre dans la structure

M. – Mme

- En cas de problème d'adaptation à la Clinique
- En cas d'échec du projet ou de la prise en charge
- En cas de décompensation

Cachet – Signature..... Ligne directe :

Autorisation de soins à compléter par le patient

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

Autoriser Ne pas autoriser les responsables médicaux de l'unité d'hospitalisation:

1) À prendre en cas d'urgence toutes dispositions pour les soins jugés médicalement indispensables y compris pour faire pratiquer toute interventions chirurgicale avec anesthésie locale ou générale dans un établissement de santé publique ou privé participant à l'exécution du service public hospitalier ou privé conventionné en tant que de besoin et d'opportunité, Public Privé,

Établissement :

2) À pratiquer ou faire pratiquer les examens paracliniques nécessaires ou utiles à la prise en charge du patient (Bilan biologique, imagerie, ECG...)

Fait à, le

SIGNATURES : Le représentant légal

Le patient