





**Partie à remplir**  
**par le médecin psychiatre 2/2**  
**CLINIQUE LES TROIS LUCS**  
**- 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 LES TROIS LUCS

#### - 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 privatif
- 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 LES TROIS LUCS**  
**- 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 LES TROIS LUCS  
 - 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 LES TROIS LUCS

## - 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