



Dossier d'ADMISSION

HOSPITALISATION TEMPS PARTIEL (JOUR - NUIT)

Patients Adultes (à partir de 18 ans)

Patient

NOM :

Prénom :

Né (e) le :

Professionnel adressant

Médecin traitant

Psychiatre Référent

Autre

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Portable :

Mail :

Clinique de Saumery
—
Château de Saumery
37 rue de Saumery
41350 Huisseau sur Cosson

T : 02 54 51 28 28
F : 02 54 51 28 29
contact@saumery.fr
www.cliniquesaumery.com

Clinique Médicale du Centre
SARL au capital de 72.000 €
SIRET : 595 620 204 00015
Inscrite au RCS de Blois

Madame, Monsieur,

La Clinique de Saumery dispose d'une autorisation sanitaire de 10 places pour des soins spécialisés ambulatoires en hospitalisation de jour (ou de nuit) dans un cadre adapté aux adultes (à partir de 18 ans) souffrants de troubles psychologiques et psychiatriques.

Cette unité ambulatoire a pour mission d'accompagner les patients dans un projet de réinsertion sociale, professionnelle, familiale ou pour les aider à développer des compétences à vivre en autonomie après une période d'hospitalisation complète.

L'hospitalisation de jour possède également une mission de prévention de l'Hospitalisation Complète, essayer de maintenir les personnes chez elles, dans la mesure du possible.

Le projet de soins est individualisé, il tient compte de la dynamique de vie, des impasses et de leurs répercussions familiales, éducatives, scolaires et sociales. Il soutient et accompagne l'entourage dans leurs difficultés.

Le parcours de soins est coordonné avec nos partenaires et vos référents habituels.

L'équipe pluridisciplinaire accueille, soigne, accompagne le patient, sa famille et son entourage en tenant compte des aspects psychothérapeutiques.

Contacts : hdj@saumery.fr ou contact@saumery.fr

La Direction

Madame, Monsieur,

Vous sollicitez une admission à l'unité de jour de la clinique de Saumery

- **1 - Dossier socio administratif**
- **2 - Dossier médical (5 volets)**
- **3 - Questionnaire**
- **4 - Lettre de motivation**
- **5 - Attentes de votre entourage**
- **6 - Personne de Confiance**
- **6 bis – Formulaire de désignation de la personne de confiance**

Veuillez joindre à ce dossier des copies de (ou apporter lors des visites de pré-admission) :

- **Carte nationale d'identité** ou Passeport
- **Livret de famille (en intégralité)**
- **Carnet de vaccination**
- Attestation d'Assuré Social justifiant de l'ouverture de vos droits,
- Carte de Mutuelle Complémentaire, (copie recto-verso)
- Attestation de responsabilité civile et individuelle en cours de validité.

Admission

Votre demande sera examinée par l'équipe pour évaluation de l'indication et pertinence de l'hospitalisation. Une réponse vous sera systématiquement adressée.

En cas d'avis favorable, un Rv de pré-admission vous est proposé. Vous rencontrerez le médecin psychiatre, les professionnels de l'Unité et visiterez l'établissement. Cette première approche est une étape essentielle pour la mise en place du projet thérapeutique. La visite sera facturée soit par une consultation psychiatrique, soit en hospitalisation de jour. Dans tous les cas munissez-vous de votre justificatif d'assurance sociale (carte vitale et attestation) ainsi que de votre carnet de santé

Frais d'hospitalisation

L'établissement est conventionné avec les Caisses d'Assurance Maladie, les tarifs sont facturés sous forme de « forfaits soins » correspondant aux prises en charges individuelles ou collectives. La tarification applicable est affichée au bureau d'accueil.

Je m'engage sur l'honneur à régler tous les frais de séjour non pris en charge par l'Assurance Maladie, la Mutuelle ou Assurances privées (ticket modérateur, frais divers...).



Date et signature

1 – DOSSIER ADMINISTRATIF ET SOCIAL

ETAT CIVIL

NOM

Prénom

Date de naissance

Lieu de naissance

Situation matrimoniale

COORDONNEES

N°, rue, avenue, boulevard... ..
.....

Code Postal Ville.....

Tel Mail.....

FAMILLE – ENTOURAGE

PERE Nom..... Prénom.....

Né le à.....

Domicilié à

Tel 1 Tel 2

MERE Nom..... Prénom.....

Née le à.....

Domiciliée à

Tel 1 Tel 2

SITUATION DES PARENTS : Mariés Pacsés Séparés Divorcés Veuvage Autre

AUTRE PERSONNE à JOINDRE (en priorité)

Nom Prénom.....

Domicilié à

Tél Mail

PROTECTION SOCIALE

CAISSE ASSURANCE MALADIE

n° SS.....

Adresse

.....
.....

Joindre Attestation Carte Vitale

MUTUELLE

n° Adhérent.....

Adresse

.....
.....

Joindre Attestation

CAISSE ALLOCATION FAMILIALE

n° Allocataire.....

Adresse

.....
.....

Joindre Attestation

MDPH

n° Dossier.....

Adresse

.....
.....

Joindre notifications des prestations obtenues

ASSISTANTE SOCIALE

Nom

Adresse.....

.....
.....

Tel..... Mail.....

RESSOURCES

- Sans RSA AAH Retraite Pension invalidité
 Argent de poche, famille Salarié Revenus non salariés

PROFESSION

MESURE DE PROTECTION

Oui Non

- Curatelle simple
 Curatelle renforcée
 Tutelle

Coordonnées du mandataire judiciaire :

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

Tel..... Mail.....

Joindre copie du jugement

2 – DOSSIER MEDICAL

VOLET 1 — REFERENTS MEDICAUX

MEDECIN TRAITANT (déclaré à la sécurité sociale)

Dr (NOM Prénom).....

Adresse.....
.....

Tel..... Mail.....

SPECIALISTES

Spécialité 1° Dr..... Tel.....

Spécialité 2° Dr..... Tel.....

Spécialité 3° Dr..... Tel.....

PSYCHIATRES / PEDOPSYCHIATRES / PSYCHOLOGUE / PSYCHOTHERAPEUTE

1 Tel.....
..... Mail.....

2 Tel.....
..... Mail.....

3 Tel.....
..... Mail.....

SERVICE PSYCHIATRIQUE DE SECTEUR

CMP Tel.....

HDJ, CATTP, Tel.....

FOYER Tel.....

SERVICE Tel.....

HOSPITALIER Tel.....

PHARMACIE d'OFFICINE

NOM : Tel.....

Fax..... Mail.....

VOLET 2 — DOSSIER SOMATIQUE

NOM :

Prénom :

Date de naissance : Taille : Poids :

Date à laquelle ce document est complété par votre médecin :

Allergie(s) connue(s) :

Facteurs de risques somatiques :

- Immunodépression connue (greffe, cancer, diabète, déficit immunitaire...)
 - Trouble métabolique, endocrinien
 - Trouble nutritionnel
 - Affection somatique chronique
 - Affection douloureuse significative, actuelle ou passée
 - Autres : précisez.....

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents gynéco-obstétricaux :

Contraception actuelle :

Pathologies actuelles :

Traitement somatique en cours (joindre copie des ordonnances) :

Soins paramédicaux en cours : type et fréquence

Kinésithérapie Orthophonie Psychomotricité Ergothérapie Rééducation Autre

.....

Faut-il prévoir de poursuivre ces soins durant le séjour à la Clinique ?

Oui

Non

Copie du dernier bilan biologique (dont Prolactine, thyroïde et sérologies)

Copies des résultats des derniers examens complémentaires réalisés (Radios, ECG, IRM, EEG...)

Copie du carnet de vaccinations

Médecin : signature et cachet

VOLET 3 — DOSSIER PSYCHIATRIQUE

Antécédents psychiatriques familiaux

Antécédents psychiatriques personnels

Événements significatifs depuis la naissance

(Troubles du comportement, difficultés scolaires, camsp, suivi pédopsychiatrique, placement, IME, ITEP...)

Histoire récente de la maladie

Situations à risque psychiatrique

- Idées et/ou comportements suicidaires
 - Fugues
 - Mésusages et addictions (toxiques et comportements)
 - Désocialisation (scolaire, professionnelle, familiale, amicale)
 - Relation d'emprise, perte du sens critique
 - Négligences, maltraitements et abus (sexuels, physiques, émotionnels)
 - Autres

Bilans déjà réalisés (EEG, IRM, psychologiques, neuro-psychologiques...)

Traitements en cours

Surveillances particulières (NFS, traitements, injections...)

Projets attendus

Devenir et suivi à la sortie

Référents psychiatriques

(Psychiatre, psychologue, IDE...)

Médecin Psychiatre : Tampon et signature

Volet 4 — CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE

Madame, Monsieur, chère consœur, cher confrère,

La clinique étant un lieu ouvert, certains patients rencontrent parfois des difficultés de contenance. Les changements d'espace, de lieu, de référents peuvent mobiliser des réactions qui doivent être accompagnées et retravaillées par un retour rapide au sein de leur unité d'origine.

De temps à autre, nous rencontrons des situations complexes qui ne trouvent pas de relais rapide. Ne souhaitant pas solliciter l'équipe de psychiatrie de Blois pour prendre en charge un patient ne relevant pas de son secteur, nous vous remercions pour votre compréhension à signer les engagements suivants :

ENGAGEMENT MEDICAL

Je soussigné (e) Dr
M'engage à poursuivre la prise en charge thérapeutique et à ré-accueillir
Mme, M.....
Au sein de l'unité.....
Après son séjour à la clinique de Saumery ou en urgence et en cas de difficultés.

Fait à

Date

Signature

Tampon

ENGAGEMENT DU CADRE DE SANTE

Je soussigné (e) Mme, M.....
Cadre de santé de.....
M'engage à faciliter et organiser, (transport et accueil)
y compris en urgence, le retour de Mme M.....
au sein de l'unité.....

Fait à

Date

Signature

Tampon

Volet 5 — TRANSPORTS

Nous vous remercions d'indiquer le mode de transport envisagé pour vos déplacements :

Mode de Transport	Aller	Retour
Individuel		
Famille		
Navette HDJ *		
Transport sanitaire **		

* Une navette est à votre disposition pour l'aller et le retour à la clinique. Il suffit de s'inscrire et de rallier le point de RV à la gare de de Blois.

** Au-delà de 50 kms aller, une demande d'entente préalable de transport sanitaire doit être adressée au médecin conseil de la CPAM (délai de réponse 15 jours).



Demander une possibilité de prise en charge transport en urgence.

Si refus CPAM, engagement écrit de la part de l'équipe à accompagner le patient pour AR et venir le chercher en urgence (voir ci-avant)

Merci d'indiquer le nom et les coordonnées de la société de transport sanitaire proche de chez vous ou avec laquelle vous avez l'habitude de travailler :

SOCIETE DE TRANSPORTS SANITAIRES

NOM de la Société	Adresse	
Responsable	Tel	Mail
	Fax	

3 – QUESTIONNAIRE

Votre admission au sein de la Clinique de Saumery nécessite d'étudier un certain nombre d'éléments. Les informations ci-dessous nous permettent d'évaluer la manière dont vous percevez vos difficultés et vos soins.

→ Vos difficultés sont-elles ?

Fréquentes Rares anciennes récentes

→ Dans quelles circonstances surviennent-elles ?

Famille Vie Professionnelle, scolaire Relations aux autres évènements particuliers

→ Suivez-vous, actuellement, un traitement ?

Médicamenteux Psychothérapique Autre

→ Avez-vous consulté :

Un médecin généraliste en consultation privée
 Un médecin psychiatre à l'hôpital
 Un psychologue autre

→ Avez-vous déjà : été hospitalisé pris un traitement médicamenteux

→ Cela vous a-t-il aidé ? Oui Non

→ Comment décririez-vous aujourd'hui votre situation et vos difficultés :

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

→ Envisagez-vous une durée de séjour Courte de quelques mois Longue

→ Qu'attendez-vous de votre séjour à la clinique ? (répondre dans le cadre Lettre de motivation ci-après)

4 – LETTRE DE MOTIVATION

Essayez de décrire vos difficultés et d'exprimer vos attentes concernant les soins :

Signature.....

5 – ATTENTES DE VOTRE ENTOURAGE

Demandez à vos proches d'écrire ci-dessous leurs attentes

Signature.....

6 – PERSONNE DE CONFIANCE

(Patients Majeurs, sans régime de protection à la tutelle)

Madame, Monsieur,

Vous êtes majeur(e) et hospitalisé(e) dans notre établissement.

Conformément aux dispositions réglementaires Art L. 1111-6 du code de la Santé Publique et décret du 3 Août 2016, décret 2016 – 1395 du 18 octobre 2016, Art. LL.311-5-& du code de l'action sociale et des familles, instruction n° DGOS/PF2/2015-65 du 9 mars 2015, instruction n° DGOS/PF2/2016-49 du 19 février 2016, guide HAS mise en œuvre – décembre 2016, vous avez, dès votre admission, la possibilité de désigner « une personne de confiance ».

Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions, et à qui vous faites confiance (un membre de votre famille, un proche ou votre médecin traitant).

Cela n'empêche pas que vous puissiez désigner une ou plusieurs autres(s) personne(s) à prévenir en cas de besoin.

Selon vos souhaits, la personne de confiance, que vous aurez choisie librement, pourra :

- vous aider dans les démarches à accomplir,
- assister aux entretiens médicaux, vous aider dans vos décisions pour consentir à des actes médicaux.

La personne de confiance pourra aussi être consultée par le médecin, si l'évolution de votre état de santé ne vous permet pas d'exprimer vous-même votre volonté et de recevoir de l'information. Elle deviendrait alors un interlocuteur privilégié et serait la seule personne consultée par l'équipe médicale, qui pourrait adapter au mieux le traitement en fonction des impératifs médicaux et vos convictions.

Important !

**En aucun cas, la personne de confiance n'est autorisée à accéder
à votre Dossier médical en dehors de votre présence et de votre accord**

Comment désigner la personne de confiance ?

- vous devez effectuer cette désignation par écrit sur le formulaire (ci-dessous) complété qui figurera dans votre dossier. Cette désignation est facultative.
- Cette désignation est valable pour toute la durée de votre hospitalisation sauf choix contraire de votre part.
- Vous pouvez à tout moment révoquer ce choix. Il vous suffit d'en avertir le personnel soignant qui vous remettra un nouveau formulaire.

6 bis – FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

(Patients Majeurs, sans régime de protection à la tutelle)

Je soussigné(e), NOM marital : NOM de jeune fille :

PRÉNOM(S) :

DATE et LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

Admis(e) à la Clinique Médicale du Centre, Château de Saumery, 41350 Huisseau-sur-Cosson, en vue de soins hospitaliers à compter du

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée dans la précédente fiche, sans en désigner une nouvelle

Je souhaite désigner une personne de confiance pour cette hospitalisation

NOM Marital : NOM de jeune fille :

PRÉNOM(S) :

DATE et LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

• Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un proche Un parent Mon médecin traitant

• Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : oui non

J'ai été informé(e) que cette personne de confiance vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement avec un nouveau formulaire.

Mention : Patient(e) dans l'incapacité de désigner une personne de confiance

Fait à :

Le :

Signature du patient :

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation de
personne de confiance.

Fait à :

Le :

Signature de la personne de confiance :

Partie réservée aux professionnels de la Clinique de Saumery

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

OBSERVATIONS concernant l'admission :

Dates

|

Dossier reçu le	RDV consultation de pré admission	Date Admission N° IPP	Refus Motif du refus
Dossier examiné le	Avec	Référent Saumery	Autre orientation