



DOSSIER D'ADMISSION

HOSPITALISATION COMPLETE

Patients à partir de 26 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 42 lits en Hospitalisation Complète pour des soins spécialisés dans un cadre adapté à vos troubles psychologiques et psychiatriques.

La clinique est un lieu ouvert où la liberté de circulation est importante. Vous pourrez pleinement profiter de votre séjour si et seulement si vous avez déjà acquis une capacité de contenance personnelle, respectez une autodiscipline qui intègre règles de vie usuelles, respect et bienséance.

Le projet de soins est individualisé, ajusté à vos difficultés. Il tient compte des répercussions familiales, professionnelles et sociales liées à vos difficultés.

Il propose une expérience communautaire à travers la participation active au sein du Club thérapeutique, dans un parcours de soins coordonné avec nos partenaires et vos interlocuteurs habituels.

Une équipe pluridisciplinaire vous accueille, soigne, accompagne, elle tient compte des aspects psycho dynamiques de vos difficultés, en associant votre famille et entourage.

En vue de préparer votre séjour et commencer votre Projet Personnalisé de Soins (PPS), nous vous remercions de compléter ce dossier d'admission et de nous l'adresser le plus rapidement possible, avant la visite de Préadmission.

La Direction

Madame, Monsieur,

Pour faciliter votre admission au sein de l'Unité Temps Plein Psychiatrie Générale Adultes de la clinique de Saumery, merci de compléter le dossier ci-joint composé de :

- **1 - Dossier administratif et social**
- **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**
- **7 – Engagements - frais de séjours et honoraires**

Veillez joindre à ce dossier les photocopies de :

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

Et de nous adresser ce dossier avant la visite de préadmission,

Lors de cette visite, veuillez-vous munir de

- **Carnet de santé (en intégralité)**
- **Document médicaux récents (biologie, radios, examens complémentaires...)**
- **Carte vitale et attestations de mutuelle**

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/..... Mail

MERE Nom..... Prénom.....

Née le à.....

Domiciliée à

Tel 1/..... Mail

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
Adresse

n° SS.....

.....
.....

Joindre Attestation Carte Vitale

MUTUELLE
Adresse

n° Adhérent.....

.....
.....

Joindre Attestation

CAISSE ALLOCATION FAMILIALE
Adresse

n° Allocataire.....

.....
.....

Joindre Attestation

MDPH
Adresse

n° Dossier.....

.....
.....

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

À renseigner avec votre médecin

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,
.....

FOYER Tel.....

SERVICE
.....

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 :

Antécédents somatiques familiaux :

--

Antécédents somatiques personnels :

Allergie(s) connue(s) :

--

Facteurs de risques somatiques :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Immunodépression connue (greffe, cancer, diabète, déficit immunitaire...)<input type="checkbox"/> Trouble métabolique, endocrinien<input type="checkbox"/> Trouble nutritionnel<input type="checkbox"/> Affection somatique chronique<input type="checkbox"/> Affection douloureuse significative, actuelle ou passée<input type="checkbox"/> 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 — CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

Madame, Monsieur, 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
Véhicule particulier		
Train		
Famille		
Accompagnement équipe		
Transport sanitaire *		

* Au-delà de 150 kms, 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 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 leur compréhension de vos difficultés et leurs attentes concernant les soins

Signatures.....

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 :

7 – ENGAGEMENTS

FRAIS DE SEJOUR ET HONORAIRES

Les dépenses à la charge de l'Assurance Maladie

La Clinique est conventionnée avec la Sécurité Sociale et pratique le tiers payant.

Votre caisse prend en charge les frais d'hospitalisation ainsi que les honoraires de soins psychiatriques qu'elle règle directement à la Clinique à condition d'avoir délivré une prise en charge (pour la Sécurité Sociale : formulaire **modèle 212**).

Le prix de journée en psychiatrie adulte est d'un montant de 111,24 €, il comprend les frais de séjour, et le forfait pharmacie de 3,35 €.

Les honoraires médicaux sont facturés séparément, vous n'aurez pas à en faire l'avance.

Le jour de votre admission est facturé quelle que soit l'heure de votre entrée.

Le jour de votre sortie, seul le forfait journalier est facturé.

Les dépenses à votre charge

- Le forfait journalier d'un montant de 15,00 € par jour en hospitalisation complète vous incombe (sauf pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire).
- Le ticket modérateur reste à votre charge sauf, si vous bénéficiez du 100 % ou d'une prise en charge par votre mutuelle.
- Les consultations et soins extérieurs vous seront remboursés selon le tarif conventionnel.
- Les détériorations matérielles volontaires.
- Les dépenses personnelles telles que : laverie, sorties culturelles ou de loisirs, et frais de transports.

Facturation

Un accord de prise en charge est demandé préalablement à votre organisme d'assurance maladie. Dès accord, votre assurance maladie versera :

- à la Clinique, les frais de séjour afférents à votre hospitalisation,
- aux médecins, la consultation d'entrée « CNPsy » à 39 €, puis, les honoraires de surveillance médicale « CNP 0,80 » d'un montant de 31,20 € ou « C » d'un montant de 23 €.

Le **forfait journalier** représentant la participation financière aux frais d'hébergement entraînés par l'hospitalisation n'est pas couvert par l'assurance maladie. Il est souvent pris en charge par les mutuelles complémentaires de santé. Dans le cas contraire, les factures du forfait journalier vous sont adressées mensuellement. Elles doivent être acquittées dans les 15 jours suivant leur présentation par tout moyen à votre convenance :

- Règlement par chèque bancaire à l'ordre de « Clinique Médicale du Centre »
- Règlement par virement (il vous sera adressé un Relevé d'Identité Bancaire sur demande)
- Mandat contre facture acquittée
- Espèces contre facture acquittée

Les règlements doivent impérativement mentionner le(s) numéro(s) de facture(s) concernée(s).

Je (ou représentant légal si mineur ou adulte sous tutelle) 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

Partie réservée aux professionnels de la Clinique de Saumery

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

N° IPP :

OBSERVATIONS concernant l'admission :

Dates

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