



Dossier d'ADMISSION

UNITE SOINS INTEGRATION SCOLAIRE

Adolescents et Jeunes Adultes (15 à 25 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,

Vous avez entre 15 et 25 ans, la Clinique de Saumery dispose d'une autorisation sanitaire de 15 lits en Hospitalisation complète pour des soins spécialisés aux adolescents et jeunes adultes originaires en priorité de la Région Centre et souffrants de troubles psychologiques ou psychiatriques.

L'Unité Soins Intégration scolaire a été ouverte en 2009 pour les accompagner vers un projet de réinsertion scolaire ou professionnelle.

L'équipe pluridisciplinaire accueille, soigne, anime, accompagne le jeune en tenant compte des aspects psychodynamiques au sein de la dynamique familiale.

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

Une fois les difficultés psychologiques apaisées, après une phase d'évaluation initiale le projet pédagogique se construit à la carte et conduit vers une réinsertion dans un parcours psychopédagogique territorial coordonné.

La Direction

Madame, Monsieur,

Pour faciliter votre admission au sein de l'Unité Soins Intégration Scolaire 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 - Dossier pédagogique et professionnel**
- **4 - Questionnaire.**
- **5 - Lettre de motivation**
- **6 - Attentes de votre entourage**
- **7 - Autorisation de soins par autorité parentale (si vous avez moins de 18 ans)**
- **8 - Personne de Confiance (si vous avez 18 ans)**
- **8 bis – Formulaire de désignation de la personne de confiance**
- **9 – 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.

Lors de la visite de préadmission, veuillez vous munir de

- **Ce dossier d'admission dûment complété**
- **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

Profession

Tel 1 Tel 2

MERE Nom..... Prénom.....

Née le à.....

Domiciliée à

Profession

Tel 1 Tel 2

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

REFERENTS EDUCATIFS ET JUDICIAIRES

SERVICE EDUCATIF Adresse.....
Réfèrent.....
.....

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

TRIBUNAL POUR ENFANTS

Adresse.....
.....

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

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE

Adresse.....
.....

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

MESURE DE PROTECTION

- Curatelle simple
 Curatelle renforcée
 Tutelle

Joindre copie du jugement

Coordonnées du mandataire judiciaire :

.....
.....

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

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 ou INTERSECTEUR de PSYCHIATRIE INFANTOJUVENILE

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 :

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

Note d'information destinée aux parents d'adolescents de 15 à 17 ans

Notre établissement est engagé dans la lutte contre les infections nosocomiales. Compte tenu de la recrudescence d'infections liées à l'abandon de la vaccination, nous recommandons vivement les mesures préventives suivantes. Si votre enfant est hospitalisé dans l'Unité Soins Intégration Scolaire, vous devrez vous munir des **justificatifs de vaccinations à jour** contre :

- l'hépatite B.
- le méningocoque C
- le tétanos
- la coqueluche
- la rougeole

Vous pouvez vous adresser à votre médecin traitant pour avoir ces informations. Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

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

- Fugues
 - Idées et/ou comportements suicidaires
 - 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, orthophonie, psychomotricité...)

Traitements en cours

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

Projets attendus

Devenir et suivi à la sortie

Référents psychiatriques

(Psychiatre, psychologue, IDE...)

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 – DOSSIER PEDAGOGIQUE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Documents à joindre :

- Certificat d'inscription en milieu scolaire,
- Coordonnées du dernier établissement fréquenté,
- photocopies des bulletins trimestriels de l'année scolaire en cours et ceux de l'année précédente.
- photocopies des diplômes ou attestations de réussite (Brevet des collèges, CAP, BEP etc.)
- questionnaire (ci-après)

QUESTIONNAIRE PEDAGOGIQUE

1. Parcours Scolaire

Age et classe de début des premières difficultés scolaires.....

Nature des difficultés :

Relations aux pairs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Comportement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Apprentissages	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Hyperactivité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rapport à l'autorité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Isolement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Problèmes de séparation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Harcèlement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Problèmes somatiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Violence	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

2. Impact sur les résultats

Lecture	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Discipline	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ecriture	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Absentéisme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Calcul	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Décrochage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mémoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Phobie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Concentration	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Sommeil	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3. Situation Actuelle

Votre enfant :

Est-il inscrit(e) dans un établissement scolaire Oui Non

Lequel :

Classe :

Nom et Prénom du CPE :

Nom et Prénom du Professeur Principal :

A-t-il interrompu sa scolarité ? Oui Non

Si Oui, Depuis quand ?

Combien de temps ?

Avez-vous renoncé à ce qu'il poursuive sa scolarité ? Oui Non

Si Oui, quels nouveaux projets vous semblent possibles
.....

4. Orientation

L'orientation actuelle de votre enfant est-elle source de problèmes ? Oui Non

Quels problèmes :
.....
.....

Envisagez-vous une autre orientation ? : Oui Non

Si oui laquelle :

5. Activités Professionnelles

Votre enfant a-t-il exercé des activités professionnelles ? Oui Non

(Stage, apprentissage, job d'été, etc.)

Si Oui, lesquelles, à quelles dates, combien de temps

.....

.....

Votre enfant a-t-il une idée du métier qu'il souhaite exercer Oui Non

Le ou lesquels

.....

.....

4 – 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)

5 – LETTRE DE MOTIVATION

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

Signature.....

6 – ATTENTES DE VOTRE ENTOURAGE

Demandez à vos proches d'écrire ci-dessous leur compréhension de vos difficultés et leurs attentes concernant les soins

Signatures.....

7 – AUTORISATION DE SOINS DU RESPONSABLE LEGAL

Patients mineurs

Père : NOM Mère : NOM
Prénom Prénom
Né le Née le
à à
Adresse : Adresse :
.....
.....
Téléphone : Téléphone :

Intervenant en ma qualité de représentant légal du jeune :

NOM Prénom
Né(e) le à
Demeurant
à :

Hospitalisé à La clinique médicale du Centre le

Sous la responsabilité

Du Docteur

Du Directeur de la Clinique médicale du Centre

Tampon et signature

Tampon et signature

Déclare avoir pris connaissance des conditions générales d'accueil et de soins de notre enfant à la Clinique médicale du Centre et avoir autorisé toutes les mesures thérapeutiques que son état de santé nécessite. Je précise que cette hospitalisation a été consentie après une visite de l'Etablissement (consultation de pré admission) et prend acte qu'elle s'effectue dans un service de psychiatrie générale ouvert et libre, accueillant des résidents de tout âge et souffrant de pathologies variées. J'ai pris connaissance du règlement intérieur de l'Etablissement qui précise que les relations sexuelles entre mineurs et adultes sont strictement interdites. J'autorise la direction à prendre les mesures nécessaires en cas de transgression. En cas d'urgence, j'autorise le transfert du patient dans les services adaptés (hôpital général, urgences, service de psychiatrie fermé). J'autorise également son rapatriement au sein de la clinique médicale du centre dès lors qu'il est accompagné d'un membre du personnel de la clinique.

AUTORISATION SOUMISE À L'AVIS DE L'ÉQUIPE DE SOINS !

- J'autorise ma fille/mon fils à sortir seul(e) hors de l'établissement, sans accompagnement d'un soignant
- Je n'autorise pas ma fille/mon fils à sortir seul(e) hors de l'établissement, sans accompagnement d'un soignant

Fait à Huisseau sur Cosson, le

Signatures (père, mère ou représentant légal)

8 – PERSONNE DE CONFIANCE

(Patients majeurs uniquement, sans régime de protection aux tutelles)

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.

8 bis – FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

(Patients majeurs uniquement, sans régime de protection aux tutelles)

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 :

9 – ENGAGEMENTS

Frais de séjours 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 pour l'unité soins intégration scolaire est d'un montant de 313,39 €, 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 (si mineur, parents ou représentant légal) 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