

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Tél : 04.91.98.10.27

admissions@clinique-sainte-marthe.fr

La préadmission est obligatoire.

Ce dossier doit être complété et transmis par E-mail à la Clinique Sainte-Marthe - Saint-Joseph à l'adresse suivante : admissions@clinique-sainte-marthe.fr

Pièces à joindre impérativement à votre dossier :

- ☐ Photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité : carte d'identité (recto/verso), passeport ou titre de séjour ;
- ☐ Copie de la carte Vitale ;
- ☐ Attestation de droits à l'Assurance Maladie à jour ;
- ☐ Carte de mutuelle en cours de validité accompagnée de l'accord de prise en charge pour votre séjour à venir ;
- ☐ Résultats des examens paramédicaux complémentaires récemment réalisés ;
- ☐ Copie de la dernière ordonnance des traitements habituels en cours.

Demande pour :

Hospitalisation complète ☐

Hôpital du jour ☐

Hospitalisation de nuit ☐

Médecin demandeur

Nom / prénom

Spécialité :

Téléphone :

E-mail :

Signature du médecin demandeur

Etablissement demandeur

Nom de l'établissement.....

Adresse :

.....

Code postal :

E-mail :

Cadre réservé à l'établissement

Décision de la demande : Refus ☐

Acceptation ☐

Nom du médecin réfèrent :

Date d'entrée prévu :

Observations complémentaires.....

Tél : 04.91.98.10.27

admissions@clinique-sainte-marthe.fr

VOLET ADMINISTRATIF

Document à compléter obligatoirement Sans ces informations votre admission dans notre établissement sera annulée

Identité de la patiente

Nom de jeune fille : Nom d'épouse :
 Prénom :
 Date de naissance : Age :
 Lieu de naissance :
 Adresse : Code postale :
 Téléphone portable : Adresse mail
Je ne possède pas d'adresse mail ☐ je ne souhaite pas transmettre mon adresse mail ☐

Situation familiale

Situation Familiale* : Célibataire ☐ Mariée ☐ Pacsée ☐ Divorcée/séparée ☐ Veuve ☐
 Nombre d'enfant à charge :

Ressources Financière*

Salariée ☐ Retraitée ☐ RSA ☐ AAH ☐ Indemnités Journalières ☐

Situation médicosociale

Provenance : Domicile ☐ Transfert d'un autre établissement :
 Hébergement / Lieu de vie habituel : Domicile personnel ☐ Famille ☐ EHPAD ☐ Autre institution ☐
 Sans domicile fixe ☐

Renseignement concernant le régime obligatoire du patient et la complémentaire ou mutuelle

La patiente bénéficie-t-elle d'une mesure de protection juridique ? OUI ☐ NON ☐

SI OUI : ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre

Coordonnées du tuteur ou curateur :

Nom : Téléphone :

Adresse

Protection sociales

N° de sécurité sociale :

Adresse du centre de paiement.....

Nom de la mutuelle :

Adresse : (Joindre une copie de l'attestation de droit)

CSS : OUI ☐ NON ☐

Personne à prévenir

Nom : Prénom :

Tél..... Adresse:.....

Lien de parenté :.....

Personne de confiance (N'est pas la personne à prévenir, c'est une personne qui peut vous accompagner dans vos démarches ou être consultée par les médecins pour rendre-compte de vos volontés si vous n'êtes pas en mesure d'être consulté)

Nom : Prénom :

Tél..... Adresse:.....

Lien de parenté :.....

Tél : 04.91.98.10.27

admissions@clinique-sainte-marthe.fr

VOLET MEDICAL (A remplir par le médecin)

Ces informations sont indispensables pour une prise en charge optimale.

Suivi actuel et envoi de la lettre de liaison de sortie

Psychiatre ☐ Téléphone:..... Adresse :
Médecin traitant ☐ Téléphone:..... Adresse :

Motif de demande d'admission / Projet thérapeutique

Objectifs de la prise en charge pendant l'hospitalisation :

Diagnostic actuel motivant la prise en charge :

Antécédents psychiatrique / Histoire de la maladie

Antécédents somatique (médicaux /chirurgicaux) :

Bilan infectieux :

Existence d'une BMR : Oui ☐ Non ☐

Mesure d'isolement : Oui ☐ Non ☐

Autre :

Si oui, préciser + joindre les résultats biologiques

Tél : 04.91.98.10.27

admissions@clinique-sainte-marthe.fr

Traitement actuel :

Traitement médicamenteux psychiatrique actuel avec posologie (*joindre l'ordonnance*) :

Traitement médicamenteux somatique actuel avec posologie (*joindre l'ordonnance*) :

Autres traitements :

Radiothérapie ☐ Dialyse ☐ Corticothérapie ☐
Chimiothérapie ☐ Immunosuppresseurs ☐ Oxygénothérapie / aérosols ☐

Comportements addictifs :

Tabac ☐ Opiacés ☐ Cocaïne ☐ Benzodiazépines ☐ Alcool ☐ Cannabis ☐

Troubles du Comportement alimentaire ☐ Jeux :

Autres :

Symptômes psycho-comportementaux

Idées délirantes ☐ Hallucinations ☐ Agitation, agressivité (cris...) ☐ Dépression ☐
Anxiété ☐ Apathie ☐ Désinhibition ☐ Risque suicidaire ☐
Trouble de la mémoire ☐ Trouble du sommeil ☐ Désorientation ☐

Autres :

Etat de dépendance :

Motricité : Normale ☐ Avec aide ☐ Avec fauteuil ☐ Alité ☐

Toilette : Seul ☐ Avec aide ☐

Habillage : Seul ☐ Avec aide ☐

Elimination : Normale ☐ Incontinence (préciser) :

Communiquer : Seul ☐ Avec aide ☐

Etat cutané : Sain ☐ Dermabrasion / escarre ☐

Alimentation : Normale ☐ Avec aide ☐

Texture : Normale ☐ Hachée ☐ Mixée ☐ Régime particulier ☐

Appareillages

Fauteuil roulant : OUI ☐ NON ☐

Lit médicalisé : OUI ☐ NON ☐

Matelas anti-escarres : OUI ☐ NON ☐ type ?

Déambulateur : OUI ☐ NON ☐

Prothèse : OUI ☐ NON ☐

Cannes : OUI ☐ NON ☐

Autres : OUI ☐ NON ☐ Préciser :

Tél : 04.91.98.10.27

admissions@clinique-sainte-marthe.fr

Toutes les demandes doivent IMPERATIVEMENT être accompagnées

- ☐ Photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité : carte d'identité (recto/verso), passeport ou titre de séjour ;
- ☐ Copie de la carte Vitale ;
- ☐ Attestation de droits à l'Assurance Maladie à jour ;
- ☐ Carte de mutuelle en cours de validité accompagnée de l'accord de prise en charge pour votre séjour à venir ;
- ☐ Résultats des examens paramédicaux complémentaires récemment réalisés ;
- ☐ Copie de la dernière ordonnance des traitements habituels en cours

SIGNATURE (Cachet du Médecin ou du Service) :