



DOSSIER DE PRE ADMISSION

Fiche n° 1 : IDENTIFICATION

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Situation de famille :

Célibataire Marié·e Veuf·ve Divorcé·e Séparé·e Concubinage Pacsé·e

Adresse personnelle :

.....

.....

Téléphone Fixe : Téléphone Portable :

En cas d'urgence personne à prévenir :

.....

.....

Téléphone :

Fiche n° 2 : ÉLÉMENTS MEDICO- ADMINISTRATIFS

Etablissement adresseur :

Service :

Psychiatre adresseur :

Assistante sociale référente :

Hospitalisation en cours : oui Depuis le :

non

Médecin généraliste traitant :

Psychiatre traitant :

Dentiste traitant :

Gynécologue traitant :

Psychologue :

Organisme de prise en charge :

N° de matricule :

Nom et adresse de la complémentaire :

Complémentaire santé solidaire oui non

COMPLEMENTAIRE oui non

ALD 30 au titre de la psychiatrie oui non

ALD 30 à un autre titre oui non

Assurance responsabilité civile obligatoire :

RESSOURCES

Salaire

Indemnité journalière

Pension invalidité : oui catégorie : non

AAH

RSA

Autre :

Endettement : oui non montant :

Dossier de surendettement : oui non

Fiche n°3 : BIOGRAPHIE

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

		Nom	Prénom	Profession
Parents	Père			
	Mère			
Fratrie				
Conjoint				
Enfant				

Le retour dans la famille est-il possible ? oui non

PROFESSION

Etudes et diplômes :
.....
.....
.....
.....
.....

Emplois exercés (joindre CV) :
.....
.....

Emploi actuel :

Suivi pôle emploi :

Suivi et référent Mission Locale :

Suivi et référent RSA :.....
.....

Démarches en cours pour l'emploi :
.....
.....

Suivi éducatif (dont jeune majeur)

Antérieur : oui non

Actuel : oui non Organisme :.....Éducateur :

Antécédents judiciaires :

Suivi en cours :

Texte libre :

Antécédents PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES :

Personnels :

Familiaux :

ELEMENTS DE BIOGRAPHIE CLINIQUE :

HISTOIRE DE LA MALADIE :

HOSPITALISATIONS ANTERIEURES (préciser sl, sdt, sdre)

Etablissement	Ville/ Département	Début séjour	Fin séjour	Observations

CLINIQUE ACTUELLE :

DIAGNOSTIC (CIM 10) :

ETAT SOMATIQUE ACTUEL :

Contraception : oui non

RELATIONS FAMILLE / PATIENT :

RELATIONS FAMILLE / EQUIPE SOIGNANTE :

Comorbidités somatiques :

Comorbidités addictives :

Régimes alimentaires :

ELEMENTS PREDICTIFS DU RISQUE SUICIDAIRE

(violences intrafamiliales, conflits familiaux dans la vie de l'individu, pertes et abandons précoces, addictions des parents, connaissance suicidaire d'un des 2 parents, santé mentale des parents)

CONNAISSANCE DE LA MALADIE ET ADHESION AU TRAITEMENT PAR LE PATIENT :

TRAITEMENT EN COURS

Date :

Nom du médecin :.....
Signature :

SOUHAITS ET OBJECTIFS :

Motivation et projet du patient :

Souhaits et remarques de l'équipe soignante :

Souhaits et objectifs de la famille :

Acquis :

Permis de conduire : oui non
Logement disponible actuellement : oui non maintien pertinent : oui non
Acquisition d'un logement en cours : oui non

Inscription HLM Date :

Radiation HLM Date :

Logement autonome envisageable à ce jour : oui non

Après une période de réadaptation : oui non

Logement en structure collective ou assisté envisagé : oui non

Démarches en cours :

Protection des biens et de la personne :

Tutelle

Curatelle : simple renforcé

Sauvegarde de justice

Mandataire spécial :

MASP :

Nom adresse et téléphone du représentant légal :

Demande en cours : oui non

Depuis le :

DOSSIER M.D.P.H. :

Numéro du dossier : Département :

	Obtenu Du au	En attente Demandée le
AAH		
RQTH		
ORIENTATION PROFESSIONNELLE (nature)		
CARTE INVALIDITE		
SAVS		
SAMSAH		

OUTILS DE REHABILITATION :

Pour mémoire : canevas de prise en charge à la Thébaudais

Evaluation des besoins :

Echelle ELADEB

Atelier de psychoéducation :

Module médicament

Ateliers de réhabilitation :

Entraînement aux habilités sociales / Atelier hygiène personnelle / Atelier hygiène et environnement / Atelier poids et forme/ Atelier de culinothérapie / Atelier gestion / Atelier gym / relaxation / Atelier radio / Atelier INTRA (mise en situation professionnelle au foyer) / Atelier café associatif / Atelier équithérapie

Actions de réhabilitation :

- ⇒ Réhabilitation sociale et professionnelle sous la responsabilité d'un CISP
- ⇒ Réhabilitation sociale et culturelle sous la responsabilité d'un animateur socioculturel

PROCESSUS ANTERIEURS OU EN COURS

Activités thérapeutiques occupationnelles développées à l'hôpital :

Évaluation standardisée des besoins :

Ateliers de psychoéducation :

Ateliers de réhabilitation :

Ateliers d'implication de la famille ou des proches :

Actions d'insertion sociale et culturelle :

Actions d'insertion sociale et professionnelle :

Éléments de bilan ou conclusions de ces différentes actions :

Nb : l'équipe soignante actuelle :

1/ A-t-elle le projet de poursuivre elle-même ces différents ateliers ou actions pendant le séjour du patient au foyer ?

2/ A-t-elle le projet de mener à bien elle-même d'autres actions ou ateliers pendant le séjour du patient à la Thébaudais ? Si oui, lesquels ?

FICHE N ° 6 DIVERS

ALTERNATIVE EN CAS D'INTERRUPTION PREMATUREE DU SEJOUR AU FOYER :

(À remplir obligatoirement, sinon dossier non examiné)

Je soussigné·e Dr m'engage à reprendre
M./M^{me} en cas d'hospitalisation.

Signature

Date :

OBSERVATIONS PATICULIERES :

Nom du médecin ayant rempli le dossier :

Adresse :

Date :

Signature et cachet :