

Coordonnées :

Psychiatre
Dr P. BARDIN

Cadre de soins
Caroline MAISTRE-MINGAUD
04 91 19 20 75
caroline.mingaud@ramsaysante.fr

Coordination IPA
HILMI Inès
ines.hilmi@ramsaysante.fr

Contacts :
04 13 59 52 64
tcy.hdjadulte@ramsaysante.fr

Docteur,

Vous faites une demande d'admission au sein de l'hôpital de jour Centre Médipsy Marseille pour l'un de vos patients.
Des éléments médicaux et administratifs sont indispensables pour valider l'hospitalisation de votre patient.

Nous vous remercions d'y joindre **obligatoirement** une copie de :

- ✓ L'attestation de sécurité sociale
NB : le patient doit bénéficier d'une prise en charge à 100%.
- ✓ La carte de mutuelle ou complémentaire santé
- ✓ La carte d'identité recto/verso

Pour toute demande de renseignements, vous pouvez joindre le secrétariat du centre ou l'équipe soignante.

IDENTITE DU PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE

Nom :

.....

Prénom :

.....

Téléphone :

.....

Mail :

.....

IDENTITE DU MEDECIN ADRESSEUR

Nom :

.....

Prénom :

.....

Etablissement / Cabinet :

.....

Téléphone :

.....

Mail :

.....

Date d'admission souhaitée : / /

Date d'admission prévue : / /

VOLET MEDICAL : à remplir par le médecin

Merci de joindre la dernière ordonnance médicamenteuse en date.

HISTOIRE DE LA MALADIE

ETAT PSYCHIQUE ET COMPORTEMENTAL ACTUEL

ANTECEDENTS

- Somatiques (médicaux/chirurgicaux) :
- Chirurgicaux :
- Pathologies chroniques (BPCO, transplantation, diabète, insuffisance rénale/cardiaque/respiratoire)

Allergie(s) : Non Oui, lesquelles :

Risque médicamenteux : Non Oui, surveillance particulière :

Risque suicidaire : Non Oui

Risque d'agressivité : Non Hétéro agressivité Auto agressivité

Risque nutritionnel : Non Oui, lesquels : IMC :

SUIVI ACTUEL

Psychiatre actuel :

Médecin généraliste (traitant) :

PROJET DU PATIENT EN HDJ ADULTES

Motif d'hospitalisation :

Objectifs de la prise en charge :

Attentes et besoins du patient :

VALIDATION MEDICALE

Date :	Signature :
Nom et prénom :	Cachet :

VOLET ADMINISTRATIF ET SOCIAL : à remplir par le patient

IDENTITE DU PATIENT

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

IDENTITE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE / LA PERSONNE A PREVENIR

Personne de confiance : Téléphone :

Personne à prévenir : Téléphone :

DROITS SECURITE SOCIALE / MUTUELLE

N° de sécurité sociale : Nom de la caisse d'assurance maladie :

Couverture maladie :

CMU Fin de validité :
 AME ALD

Nom de la mutuelle santé complémentaire :

Numéro d'immatriculation : Fin de validité :

Protection juridique :

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Néant | <input type="checkbox"/> Curatelle |
| <input type="checkbox"/> Tutelle | <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée |

Nom :

Adresse :

Téléphone/Courriel :

SITUATION FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE

Situation familiale :

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Marié(e) | <input type="checkbox"/> Pacsé(e) | <input type="checkbox"/> En concubinage |
| <input type="checkbox"/> Divorcé(e) | <input type="checkbox"/> Veuf(ve) | <input type="checkbox"/> Célibataire |

Situation professionnelle :

- | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Emploi actuel : | <input type="checkbox"/> Chômage | <input type="checkbox"/> RSA |
| <input type="checkbox"/> Arrêt de travail, depuis le : | <input type="checkbox"/> Etudiant(e) | <input type="checkbox"/> Invalidité |

Ressources financières :

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> AAH | <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité |
| <input type="checkbox"/> APL | <input type="checkbox"/> Autre : |

Logement actuel :

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maison | <input type="checkbox"/> Foyer de vie / logement | <input type="checkbox"/> Sans domicile |
| <input type="checkbox"/> Appartement | <input type="checkbox"/> Appartement thérapeutique | <input type="checkbox"/> Hébergé(e) par un proche |

LIBRE CHOIX DU TRANSPORT SANITAIRE

*Vous allez être hospitalisé(e) au sein de notre établissement, si votre état de santé le nécessite, le médecin pourra prescrire un transport en véhicule sanitaire (CIRCULAIRE DHOS/SDO/01/2003/N°277 du 10 juin 2003 relative aux relations entre établissement de santé, publiques et privés et transporteurs sanitaires privés) pour les trajets entre votre domicile et l'hôpital de jour.
Les frais occasionnés ne sont pas à la charge de l'établissement.*

Je soussigné(e) _____ certifie avoir été informé(e) de ma liberté de choix en cas de recours à un transporteur sanitaire pour mon retour à domicile.

- Je décide de m'organiser seul pour mon mode d'acheminement.
- Je demande à l'établissement d'organiser mon transport.

Signature du patient :