

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) :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, lesquelles :	
Risque médicamenteux :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, surveillance particulière :	
Risque suicidaire :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Risque d'agressivité :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Hétéro agressivité	<input type="checkbox"/> Auto agressivité
Risque nutritionnel :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 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 :

☐ Néant☐ Tutelle☐ Curatelle☐ Curatelle renforcée

Nom :

Adresse :

Téléphone/Courriel :

**SITUATION FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE**

Situation familiale :

☐ Marié(é)☐ Pacsé(e)☐ En concubinage☐ Divorcé(e)☐ Veuf(ve)☐ Célibataire

Situation professionnelle :

☐ Emploi actuel :☐ Chômage☐ RSA☐ Arrêt de travail, depuis le :☐ Etudiant(e)☐ Invalidité

Ressources financières :

☐ AAH☐ Pension d'invalidité☐ APL☐ Autre :

Logement actuel :

☐ Maison☐ Foyer de vie / logement☐ Sans domicile☐ Appartement☐ Appartement thérapeutique☐ 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 :