FORMULAIRE DE PRE-ADMISSION

Clinique de Montberon
Infirmières coordinatrices
6 avenue de Neuville
31 140 MONTBERON
☎ 05 62 22 00 56
🖷 05 61 09 66 30
✉ idec@cliniquemontberon.fr
Site internet : www.cliniquemontberon.fr

Formulaire à nous retourner avec les documents suivants :

- Attestation d'assurance maladie à jour
- Photocopie recto-verso de la carte d'adhérent mutuelle
- Photocopie recto-verso de la pièce d'identité
- Formulaire de désignation de la personne de confiance complété

Dernières ordonnances des traitements en cours (somatiques et psychiatriques). Les traitements non psychiatriques sont à ramener pour 3 jours de prise en charge.

Cadre réservé à la Clinique : Date réception du dossier : ……/……/…… Date validation médicale :…../……/……

Rappel important sur l'hospitalisation : La durée moyenne de séjour est de 28 jours.

VOLET ADMINISTRATIF

Date de la demande : …… Date d'entrée souhaitée : ……..

Le patient est-il déjà venu à la clinique ? : ☐ oui ☐ non

Le patient a-t-il été hospitalisé à l'étranger au cours des 12 derniers mois ?

IDENTIFICATION DU PATIENT :

Nom : …….. Nom de naissance :……

Prénom :……..

Né(e) le : ……../……/……à…… **N° de téléphone** :…….....

Adresse : …… Code postal :……
…….. Ville : ……

COORDONNEES FAMILLE/ENTOURAGE

Nom :…….. Prénom :……

Adresse : …… Téléphone :……

IDENTIFICATION DU MEDECIN ADRESSEUR

Dr : ……

Adresse / Etablissement : ……..
……. Tél :……..

*Si la demande émane d'un établissement de soins ou d'une structure sociale***, *merci de compléter l'encadré Engagement de la structure référente à reprendre le patient à l'issue du séjour en page 2***

IDENTIFICATION DU MEDECIN TRAITANT (si différent du médecin adresseur)

Dr : ……

Adresse: ……...
…… Tel : ……

VOLET SOCIAL

Situation familiale :	☐ Marié	☐ Concubinage	☐ Célibataire	☐ Divorcé	☐Veuf
Situation professionnelle :	☐ En activité :		☐ Chômage	☐ Retraité	☐Invalidité
	Profession :…….				
Le patient est-il sous mesure de protection juridique ?	☐ Oui				☐Non
	Organisme et nom de l'administrateur……..				
	……				
Le patient a-t-il un logement ?	☐ Oui	☐Non			
Le patient bénéficie-t-il d'un hébergement ?	☐ Dans sa famille*	☐ Chez des amis*		☐ Dans un foyer	☐ Autre
	* Joindre une attestation de domiciliation				
Le patient a-t-il des ressources financières mensuelles ?	☐ Oui	☐Non			
La situation du patient est-elle à jour ?	☐ Oui	☐Non			
Précisez la caisse de rattachement CAF : …….					
Le patient bénéficie-t-il d'un suivi social extérieur ?	☐ Oui				☐Non
	Coordonnées/Tél:…….				

ENGAGEMENT DE LA STRUCTURE REFERENTE A REPRENDRE LE PATIENT A L'ISSUE DU SEJOUR

Je soussigné, Docteur……..représentant l'équipe référente, m'engage à

reprendre dans la structure :……

M. Mme Melle…….

- En cas de problème d'adaptation à la Clinique
- En cas d'échec du projet ou de la prise en charge
- A l'issue du séjour de rupture (Durée Moyenne de Séjour de 28 jours)

Cachet - Signature

LE JOUR DE L'ENTREE

Documents à apporter lors de votre admission : Carte d'identité, Carte vitale à jour + Carte de Mutuelle
- **5,00 €** de caution pour le badge de votre chambre
- **5.00 €** de caution pour la clé de l'ascenseur (fournie sur prescription médicale)
- **46,00 €** de caution pour la TV en chambre seule,
- **20,00 €** pour toute ouverture de ligne téléphonique dans votre chambre

A prévoir pour votre séjour :
- Les traitements (non psychiatriques) en cours pour 3 jours UNIQUEMENT (**avec boîte et dans leur emballage**)
- Affaires personnelles / Nécessaire de toilette (protections hygiéniques non fournies)
- Vous faire accompagner et **EVITER DE VENIR AVEC VOTRE VEHICULE PERSONNEL**

LA CLINIQUE DE MONTBERON

FORMULAIRE DE PRE-ADMISSION

Joindre obligatoirement la (les) dernière(s) prescription(s) médicale(s) en cours

NOM : .....
Nom de jeune fille : .....
Prénom : .....
Date de naissance : .....

Adressé au médecin psychiatre :

☐ Dr ÇABAL ☐ Dr CAREY ☐ Dr MORGER-PERIER
☐ Dr GINOLHAC ☐ Dr LIGNAC ☐ Dr LIMODIN
☐ Dr PLASSARD ☐ Dr GODEL

VOLET MEDICAL

LE MOTIF DE L'HOSPITALISATION

(à remplir par le médecin ou sur un document à l'entête du médecin en ajoutant le cachet et la signature du médecin prescripteur)

Passage aux urgences et/ou hospitalisation dans les 6 derniers mois □ Oui □ Non

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

……
……
……
……
……
……
……
……

ANTECEDENTS SOMATIQUES

……
……
……
……
……
……
……
……

ADDICTIONS

Alcool ☐OUI ☐NON
Cannabis ☐OUI ☐NON
Cocaïne ☐OUI ☐NON
Opiacés ☐OUI ☐NON
Amphétamines ☐OUI ☐NON
Autre : ……..

AUTONOMIE

Marche seul(e) : ☐OUI ☐NON
Toilette seul (e) : ☐OUI ☐NON

RENSEIGNEMENTS SOMATIQUES

Poids : Taille : IMC :
Troubles de la déglutition : ☐OUI ☐NON
Allergie : ☐OUI, précisez…… ☐NON
Mise en place d'O2 nécessaire : ☐OUI ☐NON
Apnée du sommeil appareillée : ☐OUI ☐NON
Altération cognitive: ☐Légère ☐ Sévère ☐Aucune

Mange seul(e) : ☐OUI ☐NON
Continence: ☐OUI ☐NON précisez……

NOM et Prénom du médecin :

DATE :

CACHET et SIGNATURE du médecin :

Validation collégiale du dossier de préadmission:

Par le psychiatre :
☐ Dossier accepté ☐ Dossier refusé
Motif :
Date :
Signature :

Par le généraliste :
☐ Dossier accepté ☐ Dossier refusé
Motif :
Date :
Signature :

Cadre réservé à la clinique

Clinique de Montberon
6 avenue de Neuville
31 140 MONTBERON
☎ 05 62 22 00 77
🖷 05 61 09 66 30
www.cliniquemontberon.fr

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

L'intégralité du règlement intérieur est affiché dans votre chambre.
Afin de préserver le repos et le confort de chacun, il convient de respecter des règles essentielles.
Tout manquement au règlement intérieur fait l'objet d'un signalement dans votre dossier patient afin d'en informer votre médecin psychiatre.

- ✓ Il est interdit de garder sans autorisation médicale des médicaments dans votre chambre.
- ✓ Il est interdit de fumer dans l'établissement, d'introduire et de consommer dans la Clinique des boissons alcoolisées et des produits toxiques sous peine d'exclusion.
- ✓ Il est interdit d'amener et de brancher des appareils électriques dans votre chambre, tels que : machines à café, bouilloires, ordinateurs de bureau, etc…
- ✓ Les sorties occasionnelles pour la journée durant le séjour doivent être motivées et accordées par écrit par votre médecin psychiatre.
- ✓ Les sorties thérapeutiques ne sont accordées que sur prescription du psychiatre.
- ✓ Les patients ayant leur véhicule personnel doivent obligatoirement le signaler à l'accueil et à l'infirmerie du service et remettre leurs clefs sous peine d'exclusion.
- ✓ La conduite de tout véhicule est strictement interdite pendant toute la durée de l'hospitalisation.
- ✓ Le parking de la Clinique n'étant pas gardé, il vous est recommandé de ne laisser aucun objet dans les véhicules. La Clinique décline toute responsabilité en cas de vol.
- ✓ Les actes de violence intentionnelle ne peuvent être acceptés et entraîneront l'exclusion.
- ✓ La Clinique met à votre disposition des locaux propres et entretenus qui doivent être respectés par le patient et les visiteurs. Toute dégradation vous sera facturée.
- ✓ Pour des raisons d'hygiène la présence d'animaux est strictement interdite.
- ✓ Il est interdit de stocker des fleurs ou plantes dans les chambres
- ✓ Le silence est l'un des éléments du confort et du rétablissement des patients. Il est donc de rigueur de le respecter.
- ✓ Chaque patient doit avoir une tenue correcte et se soucier du respect d'autrui.
- ✓ En cas de vol, l'établissement dégage toute responsabilité pour l'argent, les effets de valeurs qui n'auraient pas été déposés au coffre. De même l'établissement dégage toute responsabilité en cas de vol, perte ou casse d'appareils radios, audiovisuels, informatiques et téléphones portables.
- ✓ Nous rappelons aux patients que seule **une** valise contenant tout le nécessaire pour l'hospitalisation sera acceptée pour toute la durée du séjour, à savoir qu'un service de laverie est proposé aux patients qui le désirent.
- ✓ Les rassemblements en chambre sont interdits

Date et Signature
Précédée de la mention « *Lu et Approuvé* »

L'établissement gère un fichier informatisé soumis à la loi n° 78.17 du 16 Janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (art 38.39.40.43)

LA PERSONNE DE CONFIANCE

Vous pouvez, si vous le souhaitez, désigner une « personne de confiance » que vous choisissez librement dans votre entourage.

En quoi la personne de confiance peut-elle vous être utile ?

La personne de confiance peut :

- vous accompagner dans vos démarches
- assister à vos entretiens médicaux (ainsi pourra-t-elle éventuellement vous aider à prendre des décisions)
- être le garant de vos directives anticipées*
- être consultée par le médecin ou l'équipe qui vous prend en charge dans le cas où votre état de santé ne vous permettrait pas de donner votre avis ou de faire part de vos décisions. L'avis ainsi recueilli auprès de la personne de confiance guidera le médecin pour prendre ses décisions.

Quelles sont les limites d'intervention de la personne de confiance ?

La personne de confiance ne pourra pas obtenir communication de votre dossier médical (à moins que vous lui fassiez une procuration exprès en ce sens).

De plus, si vous souhaitez que certaines informations ne lui soient pas communiquées, elles demeureront confidentielles, quelles que soient les circonstances.

En revanche, si votre personne de confiance doit être consultée parce que vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, les informations jugées suffisantes pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité lui seront communiquées.

Lorsque vous êtes hospitalisé, l'avis de la personne de confiance est pris en compte par l'équipe médicale mais, en dernier lieu, c'est au médecin qu'il reviendra de prendre la décision.

*LES DIRECTIVES ANTICIPEES

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

Ce document résume vos volontés concernant <u>les traitements</u> et <u>les soins</u> dans l'éventualité où vous ne seriez pas apte à communiquer ou à participer à des prises de décisions pour vous-même.

- Le document doit être écrit et authentifié (peut être écrit sur une feuille vierge ou à partir d'un modèle type)
- Les directives anticipées doivent être datées , signées et préciser nom, prénom , date et lieu de naissance
- Le document doit être rédigé depuis moins de trois ans

Si la personne ne peut pas écrire ni signer elle-même ses directives , elle peut faire appel à deux témoins (nom et qualité) qui attesteront que le document exprime bien sa volonté libre et éclairée.

Important : En application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L. 1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse ou ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je soussigné (e),

☐ Monsieur ☐ Madame
NOM de naissance : …… NOM marital : ……
PRENOM (S) : …….....
DATE et LIEU NAISSANCE : ……
ADRESSE : ……
TELEPHONE (S) : ……
FAX/E-MAIL : …….....

☐ Souhaite désigner comme personne de confiance :

☐ Monsieur ☐ Madame
NOM de naissance :…….. NOM marital : …….....
PRENOM (S) …….....
DATE et LIEU NAISSANCE : ……....
ADRESSE : ……
TELEPHONE (S) : ……..
FAX/E-MAIL : ……..

- Cette personne de confiance, légalement capable, est :
☐ Un parent ☐ Un proche ☐ La personne à prévenir en cas d'accident ☐ Mon médecin traitant

- Cette personne de confiance pourra m'assister dans mes démarches et entretiens médicaux lorsque je le jugerai utile.

J'ai été informé (e) que cette décision 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, en remplissant la fiche de changement de désignation (modèle 2)
Je m'engage à informer la personne que je souhaite désigner et je m'assure de son accord.

☐ Ne souhaite pas désigner une personne de confiance :

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation (modèle 2)

Fait à …… Signature du patient :

Le ……

Signature personne de confiance :

En vertu de de la loi du 4 Mars 2002 et de la loi du 22 avril 2005, relative aux droits des patients, vous pouvez rédiger vos directives anticipées

☐ Je reconnais avoir été informé sur les directives anticipées