Route d'Enco de Botte 13190 ALLAUCH

Madame, Monsieur,

La clinique VALFLEUR est un établissement de psychiatrie adulte à visée de réinsertion, réhabilitation et réadaptation. Nous aidons les patients atteints de pathologies psychiatriques et / d'addictions à retourner dans un milieu ordinaire.

Nous vous informons des disponibilités qu'offre actuellement notre établissement.

Vous trouverez ci-joint un dossier d'admission

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter notre Cadre de santé par :
→ Téléphone (04.91.93.91.95 Poste 3)
→ Fax (04.91.93.75.15).
→ Mail : admissions.valfleur@hotmail.com

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

Clinique VALFLEUR

TEL. 04.91.93.91.95 FAX 04.91.93.75.15 R.C. 68 B 282 SIR. 06 88 02 826 000 13

CLINIQUE Valfleur

A REMPLIR AVANT L'ADMISSION
A L'ATTENTION DE

Route d'Enco de Botte
13190 Allauch
☎ 04.91.93.91.95
Fax : 04.91.93.75.15

AC-03-Z

DOSSIER MEDICAL DE PRE-ADMISSION

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Nationalité :

Date et lieu de naissance :

Profession ou études suivies :

Raison ayant motivé la demande de séjour, finalité de la prise en charge :

DIAGNOSTIC ACTUEL ET CIM 10 :

AUTONOMIE :

	Autonome	Avec aide	Dépendant
Alimentation			
Hygiène			
Habillage			
Déplacement			

Incontinence : ❑ Non ❑ Urinaire ❑ Fécale

Communication : ❑ Normale ❑ Altérée

Eviter les dangers : ❑ Lucide ❑ Désorienté(e)/confus(e)

Régime alimentaire :

ANTECEDENTS :

- Eventuels épisodes psychopathologiques antérieurs et modalités de traitements instaurés :

- Le patient a-t-il eu des antécédents nécessitant une hémovigilance ?

- Eventuels séjours effectués dans des établissements psychiatriques (HDT ou HO) :

- Eventuels passages à l'acte (fugues, auto ou hétéro agressivité, TS ...) :

- Antécédents pathologiques connus nécessitants une attention particulière :

❑ Allergies :

❑ Alcoolisme :

❑ Tabagisme :

❑ Toxicomanie :

❑ Affection chronique somatique :

- Eléments du contexte psycho-familial paraissant en relation avec les difficultés actuelles du patient et antécédents familiaux :

TRAITEMENT ACTUEL :

PROJET THERAPEUTIQUE :

- Mode de prise en charge thérapeutique souhaité :

- Durée du séjour envisagé :

- Projet de vie :

- Il y a-t-il des démarches en cours concernant ce projet ?

PROVENANCE DU PATIENT :

- ☐ Etablissements de soins (général ou psychiatrique) :
- ☐ Centre de soins spécialisés :
- ☐ Urgences :
- ☐ Domicile :

DEMANDE FAITE PAR :

ETABLISSEMENT DEMANDEUR :

Date, signature et cachet du médecin

DOSSIER ADMINISTRATIF DE PRE-ADMISSION

- **Pouvez-vous s'il vous plaît joindre à la présente demande une photocopie de l'attestation sécurité sociale à jour, carte de mutuelle et carte d'identité Merci par avance.**

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Nationalité :

Date et lieu de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

- Nom du médecin référant :
- Code et adresse du centre d'affiliation :
- Nature et montant des ressources :
- **Joindre la photocopie de l'attestation de sécurité sociale à jour**
- Date de validité des droits de sécurité sociale :
- Numéro de sécurité sociale :
- La personne pour qui est faite la demande est-elle l'assurée ? ❑ OUI ❑ NON
- Cette personne est-elle un majeur protégé ? Si oui, veuillez indiquer
- l'**adresse** du représentant légal
- **son nom** et N° **de téléphone**

Préciser si CURATEUR TUTEUR SAUVEGARDE DE JUSTICE

Qui règle le forfait journalier ?
❑ Le patient, **mais dans ce cas il doit arriver avec 1 mois d'avance .**
❑ La famille (nom et adresse à préciser) :

❑ Le représentant légal
❑ Une mutuelle (nom et adresse à préciser) :

- **Joindre la photocopie à jour de la carte de mutuelle**

- Cette personne bénéficie-t-elle de la CMU ? (Si oui, quelle en est la date de validité ?) :
- Cette personne a t'elle fait sa déclaration d'impôts ?

(Demande en rapport avec la réforme de la CAF et la réforme des tutelles).
Joindre l'avis d'imposition.

- **Le patient doit arriver impérativement avec sa carte d'identité**
- **Le numéro d'allocataire de la CAF**