

A REMPLIR AVANT L'ADMISSION

Route d'Enco de Botte
13190 Allauch

☎ 04 91 93 91 95

Fax : 04 96 12 23 36

Envoi obligatoire par mail : secretariat.valfleur@jcmsante.com ou

Adresse mail sécurisée : secretariat.valmed@jcmsante.com



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 :

TOUT DOSSIER NON COMPLET NE SERA PAS TRAITE
Envoi obligatoire par mail : secretariat.valfleur@jcmsante.com ou
Adresse mail sécurisée : secretariat.valmed@jcmsante.com

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 nécessitant 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 :

Joindre le traitement en cours et/ou le compte rendu d'hospitalisation

TOUT DOSSIER NON COMPLET NE SERA PAS TRAITE
Envoi obligatoire par mail : secretariat.valfleur@jcmsante.com ou
Adresse mail sécurisée : secretariat.valmed@jcmsante.com

PROJET THERAPEUTIQUE :

- Mode de prise en charge thérapeutique souhaité :

- 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

TOUT DOSSIER NON COMPLET NE SERA PAS TRAITE
Envoi obligatoire par mail : secretariat.valfleur@jcmsante.com ou
Adresse mail sécurisée : secretariat.valmed@jcmsante.com

DOSSIER ADMINISTRATIF DE PRE-ADMISSION***Documents à joindre : CNI – Carte vitale – Carte de Mutuelle – Attestation de sécurité sociale***

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Nationalité :

Date et lieu de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

- Nom du médecin référent :

- Nature et montant des ressources :

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
Préciser si CURATEUR TUTEUR SAUVEGARDE DE JUSTICE

- L'**adresse** du représentant légal

- Son nom** et N° **de téléphone**

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) :

- 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 numéro d'allocataire de la CAF

TOUT DOSSIER NON COMPLET NE SERA PAS TRAITE
Envoi obligatoire par mail : secretariat.valfleur@jcmsante.com ou
Adresse mail sécurisée : secretariat.valmed@jcmsante.com