

A REMPLIR AVANT L'ADMISSION

Route d'Enco de Botte
13190 Allauch

☎ 04 91 93 91 95

Fax : 04 96 12 23 36

Adresse mail sécurisée : secretariat.valmed@paca.mssante.fr

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****Adresse mail sécurisée : secretariat.valmed@paca.mssante.fr**

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
Adresse mail sécurisée : secretariat.valmed@paca.mssante.fr

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
Adresse mail sécurisée : secretariat.valmed@paca.mssante.fr