

Centre de Réadaptation

DOSSIER DE CANDIDATURE

Ce dossier est constitué de deux parties : une partie médicale et une partie administrative.

L'ensemble de ces éléments est nécessaire afin d'étudier la possibilité d'un accueil, en hospitalisation complète et libre, pour une période d'essai de 5 jours, sur un des 3 foyers du Centre de Réadaptation. Cette période d'essai nous permettra de poser une décision d'admission.

La période d'essai pourra être programmée dès réception du dossier **complet** et en l'absence de contre-indication.

Pour faciliter l'information au patient, vous trouverez en ligne la fiche établissement ainsi que notre livret d'accueil : <http://renovation.asso.fr>.

La direction et l'équipe médicale du Centre de Réadaptation se tiennent à votre disposition pour plus de renseignements, si nécessaire.

Ce dossier peut être envoyé par :

- Mail : [**readaptation@renovation.asso.fr**](mailto:readaptation@renovation.asso.fr)
- Messagerie sécurisée : [**readaptation@renovation.asso.mssante.fr**](mailto:readaptation@renovation.asso.mssante.fr)
- Courrier : **38 rue pasteur - 33200 BORDEAUX**

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

ÉTAT CIVIL et COORDONNÉES du PATIENT

Nom et Prénoms de naissance : _____

Nom et Prénoms d'usage : _____

Date et lieu de naissance : ____ / ____ / ____ à : _____

Adresse de domiciliation : _____

 Si différente, adresse de contact : _____

 Téléphone du patient : _____ ☐ n'a pas de téléphone

 Adresse mail du patient : _____ ☐ n'a pas de mail

Le mail est le canal privilégié pour toute correspondance en lien avec la demande d'admission.



Joindre une copie, recto-verso, de la pièce d'identité en cours de validité

SITUATION FAMILIALE

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ PACS / Concubinage ☐ Séparé(e)

 Situation des parents : ☐ Mariés ☐ Divorcés / Séparés ☐ Veuf(ve)

Composition de la fratrie : _____ sœur(s) _____ frère(s)

 Le patient vit-il au domicile parental ? ☐ Oui ☐ Non, précisez _____

SUIVI MÉDICAL ACTUEL

<u>MÉDECIN TRAITANT</u>	<u>PSYCHIATRE</u>
Nom : _____	Nom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél. : _____	Tél. : _____
@ : _____	@ : _____
☐ <i>Le patient accepte que son médecin traitant soit informé de son parcours au Centre de Réadaptation</i>	☐ <i>Le patient accepte que son psychiatre soit informé de son parcours au Centre de Réadaptation</i>
<u>PSYCHOLOGUE</u>	<u>AUTRE :</u>
Nom : _____	Nom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél. : _____	Tél. : _____
@ : _____	@ : _____

 Le patient bénéficie-t-il d'un suivi en CMP ? ☐ Non ☐ Oui, précisez _____

Tél. : _____ @ : _____

 Une mesure d'hospitalisation sous contrainte est-elle en cours ? : ☐ Non ☐ Oui

 Si oui, précisez : ☐ SPDT ☐ SPDRE ☐ Autre, précisez _____


Dans ce cas, un programme de soin devra être établi pour la période d'essai et communiqué avant le début du séjour.

Nom :

Prénom :

DOSSIER ADMINISTRATIF ET SOCIAL

Les renseignements ci-après sont nécessaires pour constituer le dossier administratif d'admission. Ils vont permettre la prise en charge des frais de séjour par l'assurance maladie, à l'exception du forfait hospitalier, s'élevant à 17 € par jour, qui restera à la charge du patient s'il n'a pas de mutuelle ou de CSS. Il est indispensable que ce dossier soit entièrement **complété et accompagné de l'ensemble des pièces demandées**, pour nous permettre de planifier un séjour d'essai.

PERSONNE À CONTACTER

(Personne-ressource pour le patient)

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec le patient : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ @ : _____

Le patient a-t-il désigné une personne de confiance ? ☐ Non ☐ Oui



Joindre le formulaire de désignation de la personne de confiance, complété et signé.

COUVERTURE SOCIALE

N° individuel de sécurité sociale : _____

CPAM de rattachement : _____

Bénéficiaire de la Protection Universelle Maladie
(PUMA = ancienne CMU ou AME) ☐ Non ☐ Oui ☐ Demande en cours

Bénéficiaire de la CSS ☐ Non ☐ Oui ☐ Demande en cours
Si oui, avec participation financière ? ☐ Non ☐ Oui

Accord de prise en charge pour Affection Longue Durée (100%) : ☐ Non ☐ Oui

Valable du ____ / ____ / 20 ____ au ____ / ____ / 20 ____



Joindre une copie de l'attestation de droits à l'assurance maladie, en cours de validité, mentionnant l'ALD.

Nom de la Mutuelle : _____ N° d'adhérent : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ @ : _____



Joindre une copie recto verso, de la carte d'adhérent mutuelle en cours de validité ou de l'attestation de droit à la CSS.

RESPONSABILITÉ CIVILE

Le patient doit avoir souscrit une assurance « responsabilité civile » afin de garantir la réparation d'éventuels dommages qu'il pourrait causer, aux biens ou aux personnes, lors de son séjour au Centre de Réadaptation.

Nom de l'assurance : _____ N° d'adhérent : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ @ : _____



Joindre une copie de l'attestation de responsabilité civile, en cours de validité.

Nom :

Prénom :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Le patient bénéficie-t-il d'une mesure de protection juridique ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Demande en cours

Si oui, précisez : ☐ Curatelle ☐ Curatelle renforcée ☐ Tutelle ☐ Sauvegarde de justice
☐ Autre : _____

Coordonnées du mandataire :

Nom de l'organisme : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ @ : _____

☐ Le patient accepte que son mandataire soit informé de son parcours au Centre de Réadaptation.



Joindre une copie de l'extrait du jugement de la mesure de protection

RESSOURCES DU PATIENT

☐ Salaire ☐ Indemnités de sécurité sociale ☐ Allocation chômage
☐ RSA ☐ Allocation aux Adultes Handicapés ☐ Autre, précisez : _____

Une demande d'allocation est-elle en cours : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, laquelle ? : _____

MDPH

Le patient a-t-il un dossier ouvert auprès de la MDPH ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Demande en cours

N° de dossier : _____ Département : _____

☐ Allocation Adultes Handicapés (AAH) ☐ Demande en cours
Attribution du ____ / ____ / 20 au ____ / ____ / 20

☐ Reconnaissance Travailleur Handicapé (RQTH) ☐ Demande en cours
Attribution du ____ / ____ / 20 au ____ / ____ / 20

Orientation vers une structure médico-sociale ou sociale : ☐ Non ☐ Oui ☐ Demande en cours

☐ ESAT ☐ Foyer d'accueil médicalisé ☐ Foyer occupationnel
☐ SAMSAH ☐ SAVS

☐ Autre, précisez : _____



Joindre une copie des notifications MDPH

Nom :

Prénom :

Autre information qu'il vous semble utile de nous communiquer :

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS À JOINDRE À LA DEMANDE

- ☐ Photocopie, **recto verso**, de la carte nationale d'identité ou du passeport, **en cours de validité** ⚠ **l'extension de validité de 5 ans ne s'applique pas aux cartes nationales d'identité délivrées aux personnes mineures**
- ☐ Photocopie de l'attestation de droits à l'assurance maladie, **en cours de validité**, faisant apparaître, le cas échéant, **la mention ALD**
- ☐ Photocopie, **recto verso**, de la carte d'adhérent mutuelle **en cours de validité** ou de l'attestation de droit à la CSS
- ☐ Photocopie de l'attestation de la responsabilité civile **en cours de validité**
- ☐ Photocopie de l'extrait du jugement de la mesure de protection
- ☐ Photocopie des notifications MDPH
- ☐ Formulaire de désignation de la personne de confiance, complété et signé
- ☐ Formulaire d'autorisation de droit à l'image, complété et signé

Partie administrative et sociale complétée par :

Nom : _____ Prénom : _____

en qualité de : _____

Tél. : _____ @ : _____

Date : ____ / ____ / 20 ____

Signature :

Centre de Réadaptation

AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e),

Prénom NOM : _____

né(e) le : _____ à _____

- ☐ **Autorise** le Centre de Réadaptation, à me photographier et utiliser ma photo pour
- ☐ Le trombinoscope des patients du Centre de Réadaptation
 - ☐ Le Dossier Informatisé du Patient
- ☐ **Refuse** que le Centre de Réadaptation me photographie et utilise ma photo.

Je suis informé(e) que cette photo sera accessible uniquement aux salariés du centre de Réadaptation et ne sera pas diffusée en dehors de l'établissement.

Je suis informé(e) que je peux retirer mon consentement à tout moment, sur simple demande écrite à ***readaptation@renovation.asso.fr***.

Fait à _____

Date : _____ / _____ / 20_____

Signature du patient :

Nom :

Prénom :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Afin de permettre au médecin référent des admissions d'étudier cette demande, cette fiche doit être complétée de manière **exhaustive et lisible (idéalement dactylographiée)**. Nous vous remercions de l'attention que vous y apporterez. Vous pouvez y joindre tous documents utiles à l'étude de la demande d'admission (compte-rendu d'hospitalisation, bilan psychologique, synthèse soignante, ...).

ANAMNÈSE

(Petite enfance, enfance, scolarité, niveau de formation, passé professionnel, histoire de la maladie, addictions éventuelles) :

SITUATION FAMILIALE

(Parents, fratrie, antécédents psychiatriques familiaux) :

Nom :

Prénom :

HOSPITALISATIONS PRÉCÉDENTES

Merci de joindre, si possible, les comptes rendus.



Joindre une copie des comptes rendus d'hospitalisation

DIAGNOSTIC CIM 10 / DSM IV

Diagnostic principal : _____

Diagnostics associés : _____

ÉTAT CLINIQUE ACTUEL

(Symptomatologie, niveau de stabilisation, projet, démarches de réhabilitation déjà entreprises, ...) :

Nom :

Prénom :

BILAN PSYCHOLOGIQUE ET/OU SCOLAIRE



Joindre une copie des comptes rendus de bilan

TRAITEMENTS

Traitement actuel : _____

Traitement antérieur : _____

ANTÉCÉDENTS SOMATIQUES

Allergies, intolérances alimentaires ou médicamenteuses : _____

Antécédents médicaux et chirurgicaux : _____

Nom et/ou service assurant le suivi des pathologies somatiques associés : _____

Dernier ECG _____ / _____ / 20_____ Dernier bilan sanguin _____ / _____ / 20_____



Joindre une copie du dernier ECG et du dernier bilan sanguin

Nom :

Prénom :

MOTIF de la DEMANDE

Exprimé par l'équipe :

Projet exprimé par le patient :

Le patient a-t-il rédigé ses directives anticipées ?

☐ Non ☐ Oui

DOCUMENTS MÉDICAUX À JOINDRE À LA DEMANDE

- ☐ Photocopies des comptes rendus d'hospitalisation
- ☐ Photocopies des comptes rendus de bilan psychologique et/ou scolaire
- ☐ Photocopie du dernier ECG
- ☐ Photocopie du dernier bilan sanguin
- ☐ Photocopie de la partie « vaccinations » du carnet de santé ou un certificat médical attestant que le patient est à jour des vaccins obligatoires (Diphtérie Tétanos et Polio + BCG pour les personnes nées avant 2007)

Dans le cas où un séjour d'essai est proposé au patient faisant l'objet d'une mesure d'hospitalisation sous contrainte :

- ☐ Un programme de soin établi pour la durée du séjour, à nous communiquer en amont de l'arrivée du patient.

Nom et Prénom du médecin signataire :

Nom : _____ Prénom : _____

Établissement / Service : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ @ : _____

Date : ____ / ____ / 20____

Signature :