

DOSSIER DE CANDIDATURE CENTRE DE RÉADAPTATION

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
- Messagerie sécurisée : readaptation@renovation.asso.mssante.fr
- Courrier : **38 rue pasteur - 33200 BORDEAUX**

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

ÉTAT CIVIL et COORDONNÉES du PATIENT

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Nom de jeune fille : _____ Sexe : M F

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Age : _____

Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Si différente, adresse de contact (*pour envoi de toutes correspondances en lien avec la demande d'admission*) : _____





• **SITUATION DE FAMILLE :**

Célibataire Marié(e) Veuf(e) PACS

Concubin Divorcé(e) Séparé(e)

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

Situation des parents : Mariés Divorcés Séparés Veuf(ve)

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

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

Si oui, précisez : SPDT SPDRE Autre, précisez _____

*** Dans ce cadre, un programme de soin devra être établi pour la période d'essai et communiqué, au plus tard, le premier jour de la période.**

MÉDECIN TRAITANT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____





Nom :

Prénom :

BILAN PSYCHOLOGIQUE ET/OU SCOLAIRE

(Joindre les comptes rendus, si existants).

TRAITEMENTS EN COURS

(Préciser l'historique du traitement, si connu).

ANTÉCÉDENTS SOMATIQUES

Allergies, intolérances alimentaires ou médicamenteuses :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Nom :

Prénom :

MOTIF de la DEMANDE

Exprimé par l'équipe :

Projet exprimé par le patient :

Nom et Prénom du médecin signataire :

Établissement : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Service : _____

Nom du chef de service (si différent du signataire) :

Date et Signature :

le ____ / ____ / 20 ____

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 15 € 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 : _____





COUVERTURE SOCIALE

- **Sécurité sociale du patient :**

N° d'immatriculation : _____

Adresse du centre de paiement : _____

_____  : _____

Bénéficiaire de la Protection Universelle Maladie (PUMA) Non Oui

Bénéficiaire de la CSS Non Oui

avec participation financière Non Oui

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

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

- **Mutuelle :**

Nom de la Mutuelle : _____

N° d'adhérent : _____

Adresse : _____

_____  : _____

Nom :

Prénom :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

- **Mesure de protection juridique :** Non Oui

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

- **Nom et adresse du représentant légal**

Nom de l'organisme : _____

Coordonnées du délégué :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____



RESSOURCES DU PATIENT

- Salaire Indemnités de sécurité sociale Pension d'invalidité
- RSA Allocation aux Adultes Handicapés Pension alimentaire
- Autre, précisez : _____

Demande d'allocation en cours : Non Oui

Si oui, laquelle ? : _____

MDPH

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

N° de dossier : _____ Département : _____

- Allocation Adultes Handicapés (AAH)

Attribution du ____ / ____ / 20 ____ au ____ / ____ / 20 ____

- Reconnaissance Travailleur Handicapé (RQTH)

Attribution du ____ / ____ / 20 ____ au ____ / ____ / 20 ____

Orientation MDPH vers une structure médico-sociale ou sociale : Non Oui

Si oui, laquelle :

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

Autre, précisez : _____

Nom :

Prénom :


DOCUMENTS À FOURNIR POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER

- 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**
⚠ Il ne s'agit pas de la photocopie de la carte vitale ;
- Photocopie, **recto verso**, de la carte d'adhérent mutuelle **en cours de validité** ou de l'attestation de droit à la CSS ;
- Si le patient est bénéficiaire d'une prise en charge pour Affection Longue Durée, la photocopie de l'accord, **en cours de validité** ;
- 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) ;
- Photocopie de l'attestation de la responsabilité civile **en cours de validité**.

Fiche administrative et sociale complétée par :

Madame, Monsieur _____

Qualité _____  _____

 _____

Date : ____ / ____ / 20 ____

Signature :