

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN SOINS LIBRES

(Dossier à remplir uniquement par le médecin adresseur)

L'unité de soins « La Belle Etoile » est une hospitalisation de semaine, du lundi au vendredi. Le patient doit être informé qu'il rentrera à domicile chaque weekend.

Coordonnées du patient adressé par vos soins

NOM :		Prénom :	
NOM de naissance :			
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Date de naissance :	
		Lieu :	
Adresse :		Tél. :	
Personne à prévenir : Nom Prénom :		Personne de confiance : Nom Prénom :	
Tél. :		Tél. :	
Lien avec le patient :		Lien avec le patient :	

Le patient est-il déjà connu de l'unité ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Le patient est-il actuellement hospitalisé au CHS ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Le patient bénéficie-t-il d'un suivi psychiatrique ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Coordonnées du/des médecin(s) : Etes-vous ?

Médecin psychiatre :	NOM Prénom :
	Adresse :
	Tél. : Courriel :
Médecin généraliste :	NOM Prénom :
	Adresse :
	Tél. : Courriel :
Si vous n'êtes pas le médecin traitant, coordonnées de celui-ci :	NOM Prénom :
	Adresse :
	Tél. : Courriel :

Couverture sociale :

Le patient possède-t-il une mutuelle ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Prise en charge ALD : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Pour quelle pathologie ?	
Le patient bénéficie-t-il d'un suivi social régulier ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Nom du référent :	

Protection juridique :

Tutelle <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Curatelle <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autre :
NOM Prénom :		
Adresse :		
Tél. : Courriel :		

ELEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

MOTIF DE LA DEMANDE	<input type="checkbox"/> Etats dépressifs sans idées suicidaires actives	
	<input type="checkbox"/> Troubles anxieux	
SYMPTOMES ASSOCIES	<input type="checkbox"/> Conduites à risque (risque suicidaire, consommation alcool, drogues...)	Lesquelles :
	<input type="checkbox"/> Risque de sevrage	
	Trouble grave de la personnalité <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	lequel ?
	DTS : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Troubles cognitifs : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
HISTOIRE DE LA MALADIE	Antécédents psychiatriques et suicidaires :
	Etat psychique actuel :
Etat compatible avec un retour à domicile chaque weekend ?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Antécédents somatiques :

Etat somatique actuel :
Traitements en cours (psychiatriques et somatiques : merci de joindre la dernière prescription) :

Autonomie et caractéristiques physiques : *(établissement sur deux étages sans ascenseur)*

Poids :kg	Taille :
Difficultés à monter les escaliers	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Appareillage (cane, déambulateur, fauteuil roulant...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Besoin d'aide à la toilette	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Apnée du sommeil/VNI, extracteur d'O2...	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Matériel d'incontinence (sonde, protection anatomique...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Bon de transport <i>(si distance supérieure à 50 km, prévoir une entente préalable au moins 2 semaines avant l'hospitalisation)</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	---

Projet d'hospitalisation à la Belle Etoile :

Quels sont les objectifs du séjour demandé ?
Qu'est-ce que le patient attend de cette hospitalisation ?

Date de la demande :	Date d'arrivée souhaitée :
----------------------------	----------------------------------

Tampon et signature

Envoyez votre demande par :
 Courriel : pad.belleetoile@chsjura.fr
 Télécopie : 03 84 51 28 55