

## 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 :		Personne de confiance :	
Nom Prénom : .....		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

<b>MOTIF DE LA DEMANDE</b>	<input type="checkbox"/> Etats dépressifs sans idées suicidaires actives	
	<input type="checkbox"/> Troubles anxieux	
<b>SYMPTOMES ASSOCIES</b>	<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	
<b>HISTOIRE DE LA MALADIE</b>	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](mailto:pad.belleetoile@chsjura.fr)  
 Télécopie : 03 84 51 28 55