

LA BELLE ETOILE

38, rue du vieux pont -39300 PONT DU NAVOY
Tél. 03 84 82 83 79

(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 de naissance : ...
Adresse : ...	Courriel : ...
Tél. : ...	
Personne à prévenir	
NOM et Prénom: ...	Lien avec le patient : ...
Téléphone : ...	Courriel : ...
Personne de confiance	
NOM et Prénom: ...	Lien avec le patient :
Téléphone : ...	Courriel : ...
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
Protection juridique	
Le patient bénéficie-t-il d'une mesure de protection ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Curatelle simple <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée <input type="checkbox"/> Tutelle	
Coordonnées de la personne ou du service :	
Couverture sociale	
Le patient possède-t-il une mutuelle ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Une 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 :	
Médecin psychiatre	NOM Prénom Adresse : Tél : Courriel :
Médecin généraliste	NOM Prénom Adresse : Tél : Courriel :
Si vous n'êtes pas le médecin traitant	NOM Prénom Adresse : Tél : Courriel :

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 :	
<u>Antécédents somatiques</u> Et état somatique actuel		
<u>Traitements en cours</u> (psychiatriques et somatiques : merci de joindre la dernière prescription)		
<u>Autonomie et caractéristiques physiques: (établissement sur deux étages SANS ASCENSEUR)</u>		
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 ...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<u>Projet d'hospitalisation à la Belle Etoile :</u> Quels sont les objectifs du séjour demandé ? Qu'est-ce que le patient attend de cette hospitalisation ?		
Etat compatible avec un retour à domicile chaque WE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Prescription médicale de transport (SI DISTANCE SUPERIEURE A 50 KM, PREVOIR UNE ENTENTE PREALABLE AU MOINS 2 SEMAINES AVANT L'HOSPITALISATION)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Date de la demande	Date souhaitée	

Tampon et signature

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