

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER D'ADMISSION

- **Attestation de droits à l'Assurance Maladie à jour (et non la copie de carte vitale)**
- **Photocopie recto-verso de la Carte Vitale**
- **Photocopie de la carte de Mutuelle à jour**
- **Photocopie de la pièce d'identité en cours de validité**
- **Photocopie du volet des vaccinations à jour (carnet de santé ou à défaut attestation établie par le Médecin).**

L'Attestation Responsabilité Civile, 2 photos d'identité ainsi qu'une ordonnance pourront vous être demandées ultérieurement.

Docteur G. COUHET : Chef de Service
95, rue de la Tour de Gassies
33523 BRUGES Cedex
☎ : 05.56.16.33.33 Fax : 05.56.16.36.57

Centre de Réhabilitation Psychosociale

Dossier Patient N°

NOM-PRENOM :

Né(e) le : à :

Nationalité : Carte de séjour N° : Valable jusqu'au :

Situation Familiale : Célibataire Marié Divorcé Séparé Nombre d'enfants ...

Adresse :

Code Postal / / / / / Tél : | | | | | | |

Parents :

Nom et Prénom du père : Profession :

Nom de jeune fille et prénom de la mère : Profession.....

Adresse :

Code Postal : / / / / / / /

Mariés **Divorcés** **Séparés** **Parents adoptifs**
Décédés : Père Mère

Nombre de frères : Nombre de soeurs :

Personnes à prévenir en cas de besoin :

Nom-Prénom :

Adresse :

Tél. Dom. : | | | | | | | Tél. Trav. : | | | | | | |

Provenance : Hôpital - (code)

Domicile Autre

Si hospitalisation, depuis quelle date ?

Adresse.....

Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Adressé par : Psychiatre Hospitalier Psychiatre Privé

Nom - Adresse

..... Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Assistante Sociale :

Adresse.....

..... Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Médecin Généraliste :

Adresse.....

..... Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|

MDPH Tour de Gassies

Type de Domicile :

Familial Privé - Appartement Associatif - S.D.F. - Autre -

Date du premier contact avec la Psychiatrie :

CENTRE DE LA TOUR DE GASSIES

Rue de la Tour de Gassies
C. R. P. S.
33523 BRUGES Cedex

UGE CAM d'AQUITAINE

TEL : 05.56.16.36.90
FAX : 05.56.16.36.57

DOSSIER DE CANDIDATURE

FICHE MEDICALE

NOM et prénoms :

ADRESSE :

Date de Naissance :Mle :

Ressources :Mode de Gestion : autonome
Tutelle

Diagnostic CIM 10 :

I – HISTOIRE de la MALADIE (Date du début de la maladie, hospitalisations, symptomatologie, traitements de la maladie).

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

II – ETAT ACTUEL (Symptomatologie, niveau de stabilisation).

.....
.....
.....
.....
.....

III – TRAITEMENT ACTUEL :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

IV – HISTOIRE PERSONNELLE : (Petite enfance, enfance, scolarité, niveau de formation, passé professionnel).

.....
.....
.....
.....
.....

CONDUITES ADDICTIVES :

.....
.....

V – SITUATION FAMILIALE : (Parents, fratrie, antécédents psychiatriques familiaux).

.....
.....
.....
.....
.....

VI – BILAN SOMATIQUE :

(A) VACCINATIONS : B.C.G.

TETANOS

POLIO.

(B) Pathologie associée s'il y a lieu

.....
.....

VII – MOTIF de la DEMANDE D'ADMISSION : (plus projet professionnel s'il est connu)

.....
.....
.....

VIII – APPRECIATION de l'EQUIPE sur la DEMANDE :

.....
.....
.....
.....

IX – Souhaitez-vous une hospitalisation de jour

Une hospitalisation complète

Date et signature :

NOM (en majuscules) du médecin signataire :

.....

Adresse :

.....

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

NOM (en majuscules) de l'Assistant(e) Social(e)
Adresse :
.....
.....

Date et signature :

PORCHAIRE Sylvie (Psychologue)
C. R. P. S.
La Tour de Gassies

33523 BRUGES Cedex

Tél : 05.56.16.36.68

Au psychologue de l'Etablissement

Afin de mieux appréhender votre patient, votre demande, et la sienne, nous vous proposons une trame pour nous présenter ce sujet.

Notre Etablissement pourra lui permettre de s'orienter vers un projet professionnel et/ou vers l'autonomisation.

Il est intéressant pour nous d'évaluer comment se situe votre patient par rapport à ces deux orientations.

Tout d'abord, est-ce que vous avez été amené à proposer la passation d'un bilan psychologique et/ou neuropsychologique à ce patient ?

Si oui, pouvez-vous mettre en copie le compte rendu de ce bilan ?

D'autre part, comment ce patient a-t-il évolué dans votre Etablissement ?

De quelle prise en charge a-t-il bénéficié ? Comment a-t-il pu s'en saisir ?

Pourquoi pensez-vous maintenant à l'orienter vers notre institution ?

Pouvez-vous nous parler de ses capacités d'investissement ?

Lui est-il possible d'observer, de se concentrer, de mémoriser, de réfléchir, de s'interroger, d'élaborer ?

Qu'en est-il de ses capacités affectives, émotionnelles ? Comment les gère-t-il ?

Est-il plutôt introverti ? Extraverti ? Déprimé ? Persécuté ? Quel est son rapport à l'autre ?
Comment gère-t-il ses relations sociales ?

Comment utilise-t-il ses capacités d'adaptation ?

Peut-il accéder à une certaine autonomie ? Précisez.

Lui est-il possible de s'investir dans des activités extra-institutionnelles ? Est-il ouvert sur un domaine culturel, sportif, créatif, littéraire, technique, musical, artistique, manuel, autre ?

Comment gère-t-il ses ressources financières ?

Est-il capable de s'adapter à un règlement ?

Autre chose ?

Merci pour vos indications et vos réflexions.