

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)**
- **Si antécédents d'hospitalisation, joindre le dernier compte-rendu d'hospitalisation**
- **Si réalisé, joindre un bilan neuropsychologue**
- **Si suivi actuel par un psychologue, joindre un compte-rendu**
- **Si suivi par un service social, joindre le rapport social**

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

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 : |_|_|_|_|_|_|_|

Type de Domicile :

Familial Privé Appartement Associatif S.D.F. Autre

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 : |__|__|__|__|__|

Psychologue

Nom - Adresse

..... Tél : |__|__|__|__|__|

Assistante Sociale :

Adresse.....

..... Tél : |__|__|__|__|__|

Médecin Généraliste :

Adresse.....

..... Tél : |__|__|__|__|__|

Tour de Gassies

Date du premier contact avec la psychiatrie :

C.R.P.S

Rue de la Tour de Gassies

33523 BRUGES Cedex

celine.pauly@ugecam-aquitaine.cnamts.fr

TEL : 05.56.16.36.90

FAX : 05.56.16.36.57

UGE CAM AQUITAINE

DOSSIER DE CANDIDATURE

FICHE MEDICALE

NOM et prénoms :

ADRESSE :

Date de Naissance :N° Sécurité sociale :

Ressources financières : Oui Non
Si oui, veuillez préciser :

Mode de protection des biens : Oui Non
Si oui, veuillez préciser :

Diagnostic :

- En clair :

.....

- 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 – Souhaitez-vous une hospitalisation de jour

Une hospitalisation complète

Date et signature :

NOM (en majuscules) du médecin signataire :

.....

Adresse :

.....