



SMRA Le Boy - 1 rue du Boy - 48000 LANUÉJOLS

Tél. 04 66 42 52 00 - Finess 480780212

Mail : admission@ssraleboy.fr

Mail sécurisé professionnels de santé : admission@ssraleboy.mssante.fr

DOSSIER D'ADMISSION Hôpital de jour

Préambule

Prenez le temps de lire le dossier, de bien le compléter, de cocher toutes les cases, de dater, signer, et de joindre toutes les pièces demandées car **un dossier incomplet retardera son traitement.**

Les documents transmis doivent être propres et lisibles, envoyés soit par mail **-uniquement au format PDF ou Word-**, soit par courrier.

Après étude de votre dossier, nous vous contacterons pour vous informer de la suite donnée à votre demande.

Liste des documents constitutifs du dossier d'admission en HDJ

- Fiche Dossier d'admission p. 1
- Fiche administrative individuelle p. 2
- Désignation d'une personne à prévenir & d'une personne de confiance p. 3
- Lettre de présentation p. 4
- Renseignements demandés au prescripteur p. 5 à 6
- Bilan biologique et sérologique (- de 2 mois)
- Photocopie recto/verso d'une pièce d'identité (carte d'identité, passeport, carte de séjour)
- Photocopie de votre **attestation des droits CPAM, MSA...**
- Photocopie recto/verso de votre **carte de complémentaire santé ou de l'attestation CSS**
- Photocopie recto/verso de votre **carte vitale.**

Engagements / autorisations

En l'absence de prise en charge par ma mutuelle, je m'engage au paiement du forfait journalier et/ou du ticket modérateur	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'autorise le médecin de l'établissement à consulter mon Dossier Médical Partagé (DMP)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'autorise l'établissement à envoyer la Lettre de sortie sur mon DMP et sur ma Messagerie Santé Citoyenne (MSC)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Informations importantes

Je devrai présenter ma **carte vitale** et ma **pièce d'identité** le jour de mon admission.

Nom & prénom du patient		Date & signature	
--	--	-----------------------------	--

FICHE ADMINISTRATIVE INDIVIDUELLE

Nom : Nom de naissance :
Prénom : Sexe :
Date de naissance : Adresse Mail :
Tél. fixe : Tél portable :
Adresse actuelle :

Mesures de protection ? oui non
Si oui : tutelle curatelle sauvegarde de justice

→ Si oui, coordonnées de la personne ou du service en charge de cette mesure :

Nom & prénom : Tél. :
Adresse :

Suivi social régulier ? oui non

→ Si oui, coordonnées de la personne ou du service en charge de ce suivi :

Nom & prénom : Tél. :
Adresse :

Situation familiale : marié.e divorcé.e séparé.e veuf/veuve
 célibataire concubin.e pacsé.e

Nombre d'enfants : Âge des enfants :

Logement ? oui non
Si oui : propriétaire locataire hébergé.e CHRS

Situation professionnelle : actif.ve sans emploi retraité.e

Si actif.ve, emploi actuel :

Ressources : salaire retraite ASSEDIC RSA AAH autres

Observations diverses :

DÉSIGNATION : PERSONNE À PRÉVENIR & PERSONNE DE CONFIANCE

Toute personne a la possibilité, si elle le souhaite, de désigner une personne à prévenir et une personne de confiance qu'elle choisit librement dans son entourage.

Je soussigné.e

Nom et prénom du patient _____

Né.e le ____ / ____ / _____ désigne,

• PERSONNE À PRÉVENIR

Nom, prénom _____

Tél. fixe _____ Portable _____

Adresse _____

Lien avec la personne _____

• PERSONNE DE CONFIANCE

Nom, prénom _____

Tél. fixe _____ Portable _____

Adresse _____

Lien avec la personne _____

Pour m'assister en cas de besoin, en qualité de personne de confiance

Jusqu'à ce que j'en décide autrement.

Uniquement pour la durée du séjour.

J'ai bien noté que la personne de confiance :

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin.
- Sera informé(e) par mes soins de cette désignation pour laquelle je devrai m'assurer de son accord formalisé par sa signature ci-dessous.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Personne de confiance	Patient
Date :	Date :
Signature :	Signature :

LETTRE DE PRÉSENTATION DU PATIENT

Afin de s'assurer que notre accompagnement thérapeutique corresponde au mieux à votre situation, nous vous demandons d'écrire un courrier. Pour vous aider, vous pouvez éventuellement utiliser les questions ci-dessous pour rédiger votre lettre.

Nom & prénom du patient	
-------------------------	--

- Que s'est-il passé depuis votre dernier séjour dans notre établissement ?

- Avez-vous fait un suivi régulier ?

- Si oui, avec qui ?

- Y-a-t-il eu des changements importants dans votre vie depuis votre précédent séjour ? Précisez lesquels.

- Qu'attendez-vous de votre prise en soins en hôpital de jour ?

RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS AU PRESCRIPTEUR

Les documents transmis doivent être propres et lisibles, envoyés soit par mail (uniquement au format PDF ou Word), soit par courrier.

Mail : admission@ssraleboy.fr

Mail sécurisé professionnels de santé : admission@ssraleboy.mssante.fr

Nom & prénom du patient	
-------------------------	--

Votre patient revient en hospitalisation de jour suite à une hospitalisation complète dans notre établissement :

- Sevrage ambulatoire ou hospitalier prévu ? (Si oui, lieu et date) :
- Suivi en addictologie depuis le séjour précédent (Si oui, lequel) :
- Événements marquants depuis le précédent séjour (pathologie intercurrente, hospitalisation...) :
(Merci de joindre les éventuels compte rendu d'hospitalisation ou des examens complémentaires réalisés).
- État psychique actuel :
- Traitement habituel (ou joindre ordonnance)
 -
 -
 -
 -
 -

Bilan biologique (- 2 mois) à fournir avec, à minima :

- NFSp, Na, K, créat, BH, TP, Glycémie, EAL (chol tot, LDL, HDL, trigly)
- Sérologies VIH, VHB, VHC.

- Coordonnées du médecin traitant :

Nom _____ Prénom _____

Code postal _____ Ville _____

OU

Pas de médecin traitant déclaré

- Coordonnées du psychiatre et/ou de l'addictologue référent

Nom _____ Prénom _____

Code postal _____ Ville _____

Je soussigné.e, Dr.e _____

certifie que l'état de santé de Mme, M. _____

nécessite un séjour en HDJ dans votre établissement.

Cachet du prescripteur

N.B. : Un compte-rendu du déroulement de l'HDJ sera adressé, sauf avis contraire du patient, au médecin prescripteur du séjour, et au.x médecin.s choisi.s par le patient (médecin traitant, addictologue, spécialiste...).