



ETABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE
REINSERTION – READAPTATION - REHABILITATION

1100 avenue de La Sainte Baume – Quartier les Boyers
13720 La Bouilladisse
Tel. 04 42 62 97 93 - Fax 04 42 62 97 94
admission@clinique-mediazur.fr

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

La Clinique Médiazur accueille les patients adultes présentant des troubles psychiatriques stabilisés. L'établissement est agréé et conventionné par la Sécurité Sociale et la plupart des organismes sociaux.

Afin de nous permettre d'étudier votre demande dans les meilleurs délais, merci de bien vouloir nous faire parvenir l'ensemble du document complété ainsi que les documents listés.

Le dossier complet est soumis à l'accord d'une commission d'admission.

La totalité des documents demandés est nécessaire pour que votre dossier soit étudié.

Après accord, votre demande est enregistrée.

Une date d'entrée est ensuite proposée par téléphone avec un délai variable en fonction de la longueur de notre file active.

Une priorité est accordée aux demandes émanant du département 13 et de la région PACA.

Un courrier est envoyé systématiquement en cas de réponse négative.



A fournir avec le dossier

- Photocopie de l'**attestation des droits sociaux à jour**
- Photocopie de la carte de **Mutuelle**
- Photocopie du **traitement en cours** (psy et intercurrent)
- Photocopie du carnet de vaccination si possible
- Photocopie des résultats des derniers bilans sanguins et gynécologiques
- Accord sécurité sociale pour l'aller **et le retour** dans le cas d'un transport en VSL supérieur à 150 Km

Le jour de votre admission :

- 1 chèque de caution de 450 € (séjour) sauf pour les patients bénéficiant de la CSS
- 1 chèque de caution de 15 € (clef)

Les chèques de caution sont à établir à l'ordre de Clinique Médiazur, ils ne sont pas encaissés.

Informations à destination du patient

► Lors de votre admission vous devrez être munis de :

- nécessaire de toilette
- serviettes de toilette
- un verre en plastique dur pour la prise des médicaments
- maillot de bain (pour les éventuelles sorties mer ou piscine selon la saison)
- chaussures de sports (activités extérieures, salle de sport)

► Activités à but thérapeutique

La participation à la réunion communautaire hebdomadaire et à la réunion médicale sont obligatoires. Différentes activités vous seront proposées, elles font partie intégrante des soins.

► Restauration

L'équipe de restauration prépare chaque jour des repas qui sont adaptés à vos besoins. Nous proposons uniquement des régimes sans poisson, sans viande, végétarien, sans porc et diabétique (hypocalorique). En dehors de prise en compte d'allergie alimentaire, nous ne pourrons pas assurer les régimes trop spécifiques (végétalien, sans gluten,..). Nous contacter pour plus d'informations.

► Tarifs

Les tarifs vous sont communiqués sur demande par le secrétariat

Si vous souhaitez être hospitalisé dans une chambre particulière, vous devez en faire la demande auprès de l'accueil.

Votre demande sera satisfaite dans la mesure des places disponibles, le jour de votre admission. Dans le cas où votre mutuelle ne couvrirait pas cette prestation (DMT 860), les frais de chambre particulière seraient alors à votre charge.

► Extrait de règlement

Sont formellement interdits l'introduction d'objets dangereux (couteaux...) ainsi que le stockage et la consommation de boissons alcoolisées, de drogues et de médicaments (en dehors du traitement prescrit dans l'établissement).

Les appareils électriques ne sont pas autorisés, exceptés les rasoirs électriques, sèches cheveux et ordinateurs portables en bon état de marche.

Des visites de contrôle des chambres sont prévues pour vérifier le respect du règlement **en présence ou pas du patient**.

► Séjour de courte durée selon le dossier

Selon le dossier, l'équipe médicale se réserve le droit d'accepter la demande pour une durée de séjour limitée (3 semaines) avec réévaluation régulière.

Le patient et/ou l'établissement prescripteur s'engage à respecter ce délai sans conditions.

1/ IDENTITE

NOM :

Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

.....
N° téléphone : Mail :Situation de famille : Célibataire Marié Pacsé Vie maritale Séparé Divorcé Veuf**2/ PRISE EN CHARGE**

N° SS : Assuré :

Caisse de rattachement : CPAM Autre précisez :Mutuelle : NON OUI précisez : (*Joindre la carte*)*Bulletin d'hospitalisation à joindre si transfert d'un autre établissement***3/ PERSONNE A PREVENIR**

NOM, Prénom : Lien :

Adresse :

.....
N° téléphone : Mail :**4/ MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE** CURATELLE TUTELLE SAUVEGARDE DE JUSTICE

➔ Coordonnées du mandataire : Nom, Prénom

Adresse.....
.....

Téléphone..... Fax.....

Mail.....

➔ Préciser le budget de l'argent de vie du patient :

Budget Euros Fréquence

5/ VIE SOCIALE

Liens familiaux :

Lieu de vie actuel :

6/ RESSOURCES FINANCIERES Indemnités journalières Pension d'invalidité AAH, n° Dossier MDPH : RSA Autre (préciser) :**7/ SERVICE SOCIAL**

Nom du service social qui instruit la demande :

Téléphone..... Fax.....

Mail.....

8/ PROJET SOCIAL ET DEMARCHE EN COURS.....
.....
.....

NOM du patient : Prénom du patient :

Provenance : Domicile Famille d'accueil CMP ou hôpital de jour Foyer, EHPAD
 Etablissement psychiatrique Centre Hospitalier

Date d'entrée souhaitée :

Durée de séjour envisagée :

**Sans celle-ci, la demande ne pourra être traitée.****1/ ELEMENTS PSYCHIATRIQUES**

Diagnostic(s): (CIM 10)

Motif d'hospitalisation et état psychique actuel :
.....
.....
.....Histoire de la maladie et antécédents:
.....
.....

- Troubles du comportement (agressivité) :
- Passage à l'acte : NON OUI : lesquels ?
- Consommation de toxiques : NON OUI : Sevrage :
- Consommation d'Alcool : NON OUI : Sevrage :

2/ ELEMENTS SOMATIQUESAntécédents somatiques :
.....

- Allergie NON OUI :
- Electrocardiogramme (Moins de 1 an) NON OUI *Joindre les résultats*
- Bilan sanguin (Bilan glycémique et lipidique au minimum) NON OUI *Joindre les résultats*
- Bilan gynécologique : NON OUI : date :
- Contraception : NON OUI :
- CI médicamenteuse : NON OUI :
- Vaccination à jour : NON OUI *Joindre la photocopie du carnet de vaccination*

3/ EVALUATION DE L'AUTONOMIE (Type d'assistance requise)**ALIMENTATION**

- Seul
 Avec Aide
 Aide complète

HYGIENE

- Seul
 Avec Aide
 Aide complète

HABILLAGE

- Seul
 Avec Aide
 Aide complète

DEPLACEMENT

- Seul
 Avec Aide
 Aide complète

INCONTINENCE

- Sans objet
 Urinaire
 Fécale

COMMUNICATION

- Normale
 Altérée

TROUBLES

- Sans objet
 Mémoire

COGNITIFS

- Compréhension
 Orientation

Suggestions et particularités :

Cachet du médecin adresseur**Engagement de l'établissement prescripteur**

Je soussigné(e) Docteur M'engage à reprendre ce patient dans mon service, dans des délais raisonnables, en cas de décompensation ou s'il ne s'adapte pas à votre établissement.