

Clinique Médiazur

Avec vous, vers la consolidation d'un avenir plus sûr !



Etablissement Psychiatrique Réinsertion – Réadaptation - Réhabilitation

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

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

La Clinique Médiazur accueille les patients adultes présentant des troubles mentaux 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 la demande est enregistrée.

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

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** ou de la **carte C.M.U. en cours de validité**
- Photocopie de la carte de **Mutuelle**
- Photocopie du traitement en cours (psy et intercurrent)
- Photocopie du carnet de vaccination
- 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
- 1 chèque de caution de 450 € (séjour) sauf pour les patients bénéficiant de la CMU
- 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.

Lors de votre admission vous devrez être munis de :

- nécessaire de toilette
- serviettes de toilettes
- 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)

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.

Tarifs (au 1^{er} Janvier 2018)

Prix de journée : 109.95 €

Forfait journalier : 15.00 €

Si vous en faites la demande lors de la réservation, une chambre particulière vous sera attribuée en fonction des disponibilités. Celle-ci fera l'objet d'une facturation complémentaire pouvant être prise en charge par votre complémentaire santé (mutuelle).

Code DMT de l'établissement : 230

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 et les sèche cheveux 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**.

L'utilisation de votre véhicule personnel est suspendue durant le séjour, sauf autorisation médicale. Les clefs et les papiers du véhicule vous seront demandés à l'admission.

Séjour court selon dossier

L'équipe médicale se réserve le droit de n'accepter la demande que 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.

Clinique Médiазur - DOSSIER ADMINISTRATIF ET SOCIAL

NOM :

Prénom :

Nom de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

.....

N° téléphone fixe : Portable :

Situation de famille : Célibataire Marié Pacsé Vie maritale Séparé Divorcé

COMPOSITION DE LA FAMILLE :

.....

.....

VIE SOCIALE :

.....

.....

NIVEAU DE SCOLARISATION :

.....

PROFESSION ou expériences professionnelles :

.....

.....

.....

SEJOUR PRECEDENT DANS L'ETABLISSEMENT ? (à Médiазur, La Médiatrice ou Relaxазur)

NON OUI : date du dernier séjour.....

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :

CURATELLE TUTELLE SAUVEGARDE DE JUSTICE

Coordonnées du mandataire :

Nom, Prénom

Adresse.....

.....

Téléphone..... Fax.....

Mail.....

SERVICE SOCIAL (Nom et coordonnées) :

.....

.....

S'agit-il du service social qui s'occupe du dossier de demande d'admission ? NON OUI

Si non, coordonnées :

.....
.....

RESSOURCES FINANCIERES :

Indemnités journalières Pension d'invalidité AAH, n° Dossier Cotorep :

RMI Autre (préciser) :

.....

Préciser qui règle le forfait journalier :

Le patient La mutuelle CMU Autre :

PRISE EN CHARGE :

N° SS : Assuré :

Bureau Payeur :

Droit ouvert jusqu'au :

Prise en charge : 80 % 100 %

Mutuelle : NON OUI préciser :

.....

Actuellement hospitalisé(e) NON OUI

PROJET SOCIAL EN COURS :

.....
.....

DEMARCHES EN COURS :

.....
.....

PERSONNES A PREVENIR :

NOM, Prénom :

Adresse :

.....

N° téléphone Fixe : Portable.....

Mail :

NOM, Prénom :

Adresse :

.....

N° téléphone Fixe : Portable.....

Mail :

Clinique Médiazure - DOSSIER MEDICAL PSYCHIATRIQUE

A compléter par le médecin psychiatre

NOM :

Prénom :

PROVENANCE

- Domicile Famille d'accueil CMP ou hôpital de jour
- Etablissement psychiatrique Centre Hospitalier

DIAGNOSTIC ACTUEL :

CIM 10 :

RAISONS MOTIVANT LA DEMANDE DE SEJOUR, FINALITE DE LA PRISE EN CHARGE

- Prise en charge de transition après état de décompensation aigüe et évaluation pour préparer le retour au domicile ou en structure médico-sociale
- Psychoéducation, socialisation et autonomisation
- Mise en place et finalisation d'un projet de vie
- Soins de suite d'un sevrage
- Rupture de chronicisation pour évaluer, favoriser et maintenir l'autonomie et les capacités d'adaptation
- Soulagement de l'environnement
- Autre, préciser :

Date d'entrée souhaitée :

Durée de séjour envisagée :

PROJET THERAPEUTIQUE ENVISAGE (A compléter en lien avec votre patient)

Soumis à validation du médecin psychiatre de l'établissement

- Musicothérapie Activités de groupe en interne
- Relaxation Sorties en groupe
- Groupe de parole Entretien « psychologue »
- Ergothérapie/Art thérapie Education à la maladie
- Autre, préciser :

BIOGRAPHIE DU PATIENT (Eléments du contexte psycho-familial paraissant en relation avec les difficultés actuelles du patient / Antécédents familiaux) :

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

HISTOIRE DE LA MALADIE (Antécédents, passage à l'acte, séjours psychiatriques antérieurs...)

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

MODALITES DE SORTIE (Projet ou démarches en cours ?)

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

TRAITEMENT EN COURS

Joindre la photocopie de l'ordonnance en cours ou noter le traitement

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

EVALUATION DE L'AUTONOMIE (Type d'assistance requise)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ALIMENTATION | HYGIENE | HABILLAGE | DEPLACEMENT |
| <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Seul |
| <input type="checkbox"/> Avec Aide | <input type="checkbox"/> Avec Aide | <input type="checkbox"/> Avec Aide | <input type="checkbox"/> Avec Aide |
| <input type="checkbox"/> Aide complète | <input type="checkbox"/> Aide complète | <input type="checkbox"/> Aide complète | <input type="checkbox"/> Aide complète |

- | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--|
| INCONTINENCE | COMMUNICATION | TROUBLES | COGNITIFS |
| <input type="checkbox"/> Urinaire | <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Mémoire | <input type="checkbox"/> Compréhension |
| <input type="checkbox"/> Fécale | <input type="checkbox"/> Altérée | <input type="checkbox"/> Orientation | <input type="checkbox"/> Comportement |

Suggestions et particularités

.....
.....

Clinique Médiazor - DOSSIER MEDICAL SOMATIQUE

A compléter par le médecin

NOM :

Prénom :

MEDECIN TRAITANT DECLARE A LA CPAM : NON OUI

NOM, prénom :

Adresse :

.....

.....

PRISE EN CHARGE 100% POUR UNE AUTRE PATHOLOGIE QUE PSYCHIATRIQUE ?

NON OUI Si oui laquelle :

ANTECEDENTS MEDICAUX SOMATIQUES (datés) et TRAITEMENTS en cours

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤ ELECTROCARDIOGRAMME NON OUI date

Joindre la photocopie des résultats

➤ BILAN SANGUIN NON OUI date

Joindre la photocopie des résultats des derniers bilans

➤ BILAN GYNECOLOGIQUE : NON OUI date :

Joindre la photocopie des résultats des derniers bilans

➤ CONTRACEPTION NON OUI :

➤ ALLERGIE NON OUI :

➤ CI MEDICAMENTEUSE NON OUI :

➤ TABAC NON OUI :

➤ ALCOOL NON OUI :

➤ TOXICOMANIE NON OUI :

➤ VACCINATION DT Polio NON OUI date :

➤ VACCINATION Hépatite NON OUI date :

Joindre la photocopie du carnet de vaccination

Demande effectuée par :

<input type="checkbox"/> MEDECIN LIBERAL Nom :..... Prénom : Signature :	o u	<input type="checkbox"/> ETABLISSEMENT PRESCRIPTEUR Etablissement : Service : Tel. : Adresse : Compléter l'engagement de retour 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. Tampon et signature :
--	--------	--

L'équipe médicale se réserve le droit de n'accepter la demande que 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.

Nous vous remercions de votre confiance