

FOYER de la RÉSIDENCE des BOISSEAUX
Centre de soins de Réadaptation et de Réhabilitation Psychosociale

7 – route des Conches - 89470 MONETEAU

Tel : 03.86.40.61.55 Fax : 03.86.40.55.19 Email : boisseaux-foyer@wanadoo.fr

Etablissement de santé participant à l'intérêt collectif

DOSSIER MÉDICAL DE PRÉADMISSION
(A remplir par le médecin psychiatre)

(Cadre réservé à l'administration)

Nom et prénoms du candidat :

Date de la visite accueil :

Avis :

Date d'entrée :

Centre de Soins de Réadaptation et de Réhabilitation Psycho-Sociale, 25 places (CR2PSY).

Séjour de 1 à 12 mois - Soins de réadaptation, internat – Séjour modulable limité à 12 mois

Si l'admission est confirmée:

Pour les candidats qui ne sont pas hospitalisés, une demande de prise en charge « sécurité sociale » est nécessaire, dans le cas contraire un bulletin de situation suffit.

Le service accueille des hommes et des femmes à partir de 18 ans, soit parce qu'ils ne peuvent faire un projet de sortie directe de l'Hôpital, soit parce que leur isolement et leur solitude ne sont plus supportables, soit encore parce que la dépendance familiale dans laquelle ils sont installés est trop conflictuelle.

Bien que l'équipe du service CR2psy se compose de médecins, de psychologues, d'infirmier(e)s, le but du séjour n'est pas de restaurer une prise en charge hospitalière. Il vise au contraire à faire émerger les capacités d'autonomie sociale et professionnelle en favorisant l'éclosion d'expériences nouvelles.

De par son fonctionnement, le service permet à chacun de mieux s'investir dans les jeux concrets de la vie (de ré-apprendre le savoir-faire, de trouver de nouveaux moyens d'expression et par voie de conséquence, de réinvestir son environnement familial et social autrement).

Après réception et examen du dossier médical de pré-admission, une journée d'accueil est organisée au cours de laquelle le candidat rencontrera l'équipe du foyer.

CONTRE-INDICATIONS

Troubles de l'addiction avec dépendance, psychopathie, décompensation aiguë, déficience intellectuelle profonde, handicap moteur et/ou sensoriel grave.

NOTE IMPORTANTE

L'ensemble du dossier du candidat sera étudié par une commission de pré-admission dans laquelle siège le Directeur, un médecin psychiatre, le responsable du service, l'infirmier responsable de la qualité et la secrétaire médicale.

En cas d'opposition du candidat, merci de nous le signaler.

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM et Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Situation de famille :

Histoire détaillée de la maladie

(Joindre obligatoirement un compte-rendu de séjour en structure médico-sociale ou d'hospitalisation)

Diagnostic

Diagnostic principal :

Diagnostic associé :

Antécédents médico-chirurgicaux :

Hospitalisations

Placements antérieurs en structures

Lieux	Dates	Observations

Traitement suivi

Existe-t-il ?

- une surveillance particulière :
- des troubles addictifs (antécédents ou suivis en cours concernant l'alcool, haschich etc..) :
- des troubles particuliers du comportement :

Examen médical somatique

Tension artérielle :

Taille :

Poids :

Surveillance particulière :

Régime :

Divers : autres actes en cours (Kiné, examens,)

Mode de contraception

Examens complémentaires en cas de suivi particulier

(Joindre les résultats d'examens récents)

- ECG de moins de 3 mois (**obligatoire**)
- Examens sanguins
- Autres
- Bilan cardio-métabolique récent (**obligatoire**)

Suivi dentaire

Les soins courants devront être dispensés avant l'entrée au Foyer

Date des derniers soins :

Vaccinations

(Joindre une photocopie du carnet de vaccination)

- **Tétanos** : Date de la dernière injection :
 Date du prochain rappel :
- **Polio** : Date de la dernière injection
 Date du prochain rappel :

Les raisons qui motivent la demande d'admission

Projet d'orientation à la sortie

ATTESTATION D'ENGAGEMENT

Je soussigné, Docteur

certifie que M.....

- n'a pas de signe particulier de contagion
- n'est dangereux ni pour lui, ni pour les autres
- Modalité d'hospitalisation actuelle (*HDT, HO etc...*) :

Je m'engage :

- ❖ sur la demande du médecin du Foyer, à recevoir M
en hospitalisation dans nos services ou à le faire admettre dans le service.....

.....
du Docteur.....

Centre Hospitalier de

Tél. :

Fax :

- ❖ à prévenir l'établissement de toutes transfusions sanguines survenues dans les six mois précédents l'entrée au Foyer des Boisseaux

Je certifie avoir fourni tous les éléments nécessaires et indispensables (*antécédents, épisodes aigus...*) à l'accompagnement du candidat lors d'un éventuel séjour au Foyer.

A....., le.....

Cachet du service :

Signature :

Indiquer obligatoirement le numéro du médecin prescripteur ou numéro de l'établissement qui demande le transfert.

NOM et Prénom du candidat :

**Suivi et accompagnement du séjour
dans le Centre de Soins de Réadaptation
et de Réhabilitation Psycho-Sociale**

Coordonnées de la personne ou des personnes du secteur d'origine assurant le suivi du projet d'autonomisation :

Nom et prénom :

Fonction :

Adresse professionnelle

.....

Tel. :

Fax :

Nom et prénom :

Fonction :

Adresse professionnelle

.....

Tel. :

Fax :

**L'équipe du secteur d'origine s'engage à suivre l'évolution du séjour de M.....
La présence de l'équipe de secteur aux réunions de synthèse est obligatoire. Toutes visites
d'établissement et démarches administratives devront être organisées et faites par l'équipe de
secteur.**

A....., le.....

Cachet du service :

Signature :