

# FOYER de la RÉSIDENCE des BOISSEAUX

7 – route des Conches - 89470 MONETEAU

Tel : 03.86.40.61.55

*Etablissement admis à participer à l'exécution du Service Public Hospitalier*

## DOSSIER MÉDICAL DE PRÉADMISSION

(A remplir par le médecin traitant et à adresser au Secrétariat Médical)

### OBJECTIFS DU FOYER

Le Foyer 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 Foyer se compose de médecins, d'une psychologue, 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 en favorisant l'éclosion d'expériences nouvelles.

De par son fonctionnement communautaire, chacun peut se risquer dans les jeux concrets de la vie, réapprendre le savoir-faire, trouver de nouveaux moyens d'expression et par voie de conséquence, réinvestir son environnement familial et social autrement.

**Après réception et examen du dossier médical, 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.

### DEUX SERVICES

#### ① Centre de Soins de Réadaptation et de Réhabilitation Psycho-Sociale (CR2psy)

Séjour de 1 à 6 mois - Soins de réadaptation, internat -

***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.

#### ② Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M) :

Comportant une unité de réadaptation (12 places) et une unité de socialisation (33 places)

Séjour variable - Soins, activités sociothérapeutiques, internat -

***Si l'admission est confirmée:***

Pour tout candidat, une décision CDAPH (Commission Départementale Autonomie Personne Handicapée) est nécessaire (demande de placement en F.A.M)

Le prix de journée est à la charge du candidat subsidiairement de l'aide sociale. Une prise en charge devra être fournie)

## **IDENTIFICATION DU PATIENT**

**NOM et Prénoms :**

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Situation de famille :

**HISTOIRE DÉTAILLÉE DE LA MALADIE : (joindre un compte-rendu de séjour ou d'hospitalisation)**

**DIAGNOSTIC :**

**HOSPITALISATIONS :**

**PLACEMENTS ANTÉRIEURS EN STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES DE RÉADAPTATION :**  
(Durée et causes éventuelles d'échecs)

**TRAITEMENT SUIVI :**

### **EXISTE-T-IL ?**

- une surveillance particulière :
- des troubles addictifs (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....)

**EXAMENS COMPLÉMENTAIRES** en cas de suivi particulier: *(Joindre les résultats d'examens récents)*

- ECG
- Examens sanguins
- Autres

**SUIVI DENTAIRE** : Les soins courants devront être dispensés avant l'entrée au Foyer.

Date des derniers soins :

### **VACCINATIONS :**

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

### **RAISONS QUI MOTIVENT LA DEMANDE D'ADMISSION :**

### **PROJET D'ORIENTATION A 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

### 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 service FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ**

**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..... selon les modalités et l'échéancier suivant :**

| <b>CONTRAT INITIAL DE 6 MOIS</b>  |   |   |                    |
|---|---|---|--------------------|
| <b>Echéancier</b>   | <b>Intitulé</b>   | <b>Mode de communication</b>  |                    |
| <b>Période d'adaptation</b>   | <b>Entrée</b>   | Admission   |                    |
|   | <b>Fin 1<sup>er</sup> mois</b>  | Bilan<br>Négociation des objectifs  | Appel téléphonique |
|   | <b>Fin 3<sup>ème</sup> mois</b>   | Point sur le séjour<br>Synthèse avec l'équipe pluridisciplinaire + résident | Appel téléphonique |
| <b>Du 4<sup>ème</sup> au 6<sup>ème</sup> mois</b>                                 | Réunion Clinique<br>Réajustement du programme d'actions                       | Bilan Intermédiaire de séjour envoyé par l'équipe du foyer                  |                    |
| <b>Fin du 6<sup>ème</sup> mois</b>  | Bilan des acquis – synthèse du 6 <sup>ème</sup> mois<br>Orientation du projet | Présence indispensable de l'équipe du secteur                               |                    |
| <b>Avenant au contrat de séjour d'une année renouvelable ou sortie définitive</b> |   |   |                    |

| <b>AVENANT AU CONTRAT DE SÉJOUR</b>   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Echéancier</b>   | <b>Intitulé</b>  | <b>Mode de communication</b>  |
| <b>Au 1<sup>er</sup> mois de l'avenant</b>  | Suivi des objectifs et actions en cours<br>issu de la synthèse                               |   |
| <b>Entre 2<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> mois</b>                              | <b>Réajustement du programme d'actions</b><br>Réunion clinique<br>Négociations des objectifs | Appel téléphonique<br>Bilan Intermédiaire de séjour envoyé<br>par l'équipe du foyer |
| <b>Au 6<sup>ème</sup> de l'avenant</b>  | Point sur le séjour  | Appel téléphonique  |
| <b>Entre le 7<sup>ème</sup> et le 11<sup>ème</sup> mois de l'avenant</b>          | <b>Réajustement du programme d'actions</b><br>Réunion clinique<br>Négociations des objectifs | Appel téléphonique<br>Bilan Intermédiaire de séjour envoyé<br>par l'équipe du foyer |
| <b>Au dernier mois de l'avenant</b>   | Synthèse   | Présence indispensable<br>de l'équipe du secteur                                    |
| <b>Avenant au contrat de séjour d'une année renouvelable ou sortie définitive</b> |  |   |

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

**Cachet du service :**

**Signature :**