

Dans le cadre de votre prochaine admission à l'Hôpital De Jour de la clinique RECH, nous vous demandons de bien vouloir remplir et retourner ce formulaire accompagné des pièces suivantes :

- Copie de votre attestation d'assurance maladie à jour avec mention ALD ou invalidité
- Copie recto-verso de votre carte d'adhérent à une mutuelle ou complémentaire de santé, à jour.
- Copie recto-verso de votre pièce d'identité.

En cas de non réception de toutes ces pièces, votre admission ne pourra pas se faire et sera décalée à une date ultérieure.

Toutes ces pièces sont à fournir :

↳ Soit par mail : RECH-salledesoinscdj@ramsaygds.fr et RECH-CDJ-Accueil@ramsaygds.fr, les pièces peuvent être scannées ou prises en photo (privilégiez l'envoi en PDF)

↳ Soit déposées à l'accueil de l'hôpital de Jour

↳ Soit envoyées par courrier à l'adresse suivante : CLINIQUE RECH – Service pré-admission Hôpital de Jour – 9 avenue Charles FLAHAULT – CS 34 493 – 34 093 MONTPELLIER Cedex 5

Si vous ne bénéficiez pas d'une ALD ou d'une invalidité, un chèque de caution de 100€ vous sera demandé lors de votre admission.

Merci de cocher la case adéquate et de renseigner les parties suivantes :

Prise en charge RTMS :

Date du 1^{er} entretien de coordination : _____ Heure du RDV : _____

Prise en charge TCC :

Nom du psychologue ou intervenant TCC : _____

Date du 1^{er} RDV : _____ Heure du RDV : _____

Prise en charge CDJ :

Date du 1^{er} entretien : _____ Heure du RDV : _____

Coordonnées du patient :

Nom / Prénom :

Téléphone :

Email :

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____

Adresse :

Médecin traitant / adresseur :

Nom du Médecin traitant :

Téléphone :

Nom du médecin adresseur (si différent du traitant) :

Téléphone :

Protection juridique :

Oui

Non

Curatelle

Tutelle

Nom du représentant légal :

Adresse :

Téléphone :

Personne de confiance * :

Nom / Prénom :

Téléphone :

Lien avec le patient :

** Vous pouvez, pendant votre séjour, désigner une personne de votre entourage en qui vous avez toute confiance pour vous accompagner tout au long de vos soins et au cours des décisions à prendre.*

Personne à prévenir ** :

Nom / Prénom :

Téléphone :

Lien avec le patient :

*** La personne à prévenir peut être identique à la personne de confiance, mais son rôle est totalement différent. Il s'agit avant tout d'une personne qui nous aidera à constituer votre dossier administratif (attestation sécurité sociale, mutuelle, ...) et à la gestion de vos biens personnels, de votre linge....*

Organisme d'assurance maladie délivrant la prise en charge :

Nom de l'organisme :

Téléphone :

Adresse :

Nom et prénom de l'assuré :

Numéro d'immatriculation :

ALD : oui non

Mutuelle santé complémentaire :

Nom :

Téléphone :

Adresse :

Nom et prénom de l'assuré :

Numéro d'immatriculation :

**FORMULAIRE DE PREADMISSION
DOSSIER MEDICAL DE L'HOPITAL DE JOUR
A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

Hôpital de Jour

Psychiatre
Coordinateur :
Dr L. FOLLET
04 99 61 92 15

Equipe soignante :
04 99 61 92 04

Secrétariat :
04 99 61 92 02

HDJ

Afin de répondre à votre demande et faciliter la prise en charge de votre patient à l'Hôpital de Jour, nous vous remercions de remplir ce dossier de préadmission. Merci d'y joindre obligatoirement une copie de :

- l'attestation de sécurité sociale
- la carte de mutuelle ou complémentaire santé
- la carte d'identité.

Ce dossier est à envoyer :

- Soit par mail : RECH-salledesoinscdj@ramsaygds.fr
et RECH-CDJ-accueil@ramsaygds.fr
- Soit déposé à l'accueil de l'hôpital de Jour

Coordonnées du patient

Nom : _____ Nom de naissance : _____
Prénom : _____
Date de naissance : __ / __ / ____ Lieu de naissance : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____ Mail : _____

Médecin généraliste traitant

Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____

Médecin psychiatre traitant

Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____

Médecin adresseur

Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____

1 – MODE DE VIE

Marié (e) Célibataire Pacsé Concubinage Veuf (ve) Divorcé (e)

Logement – Vit : seul(e) en couple ou sans enfant seul(e) avec enfant(s) en colocation SDF
 hébergé chez des proches à l'hôtel en structure médico-sociale, précisez :.....

Enfant(s) :

Situation professionnelle :

Revenus :

Mesure de protection (si oui coordonnées) :

2 – ANTECEDENTS PERSONNELS

Joindre une copie des bilans et des CR d'examens si nécessaire à la suite de la prise en charge

Médicaux :

Chirurgicaux :

Psychiatriques :

- Diagnostic (s) :
- ATCD d'hospitalisation (s) :

- Suivi psychologique : Oui Non

Traitement actuel *(joindre l'ordonnance)*

Histoire de la maladie

Etat clinique actuel

3 – OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE AU CENTRE DE JOUR

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date et signature et cachet du médecin adresseur
Date :
Nom Prénom :
Signature :
Cachet :