

Dossier d'Admission

Foyer de Postcure Emile-Henri CATELAND

(Informations administratives)



Madame, Monsieur,

Conformément à votre demande, veuillez trouver ci-joint un exemplaire du dossier de demande de prise en charge par notre établissement.

Ce dossier comporte deux volets :

I. Informations administratives :

Les pages 2 à 7 sont à compléter par l'équipe référente.

Nous attirons votre attention sur l'importance des attestations de prise en charge sociale (sécurité sociale, CMU, mutuelle) ainsi qu'une copie de la pièce d'identité en cours de validité.

Dans le cas d'une mesure de protection, l'accord du tuteur légal est obligatoire pour l'intégration du patient au foyer.

II. Données médicales :

Cette partie du dossier devra nous parvenir sous pli confidentiel

- ❖ Les pages 9 à 12 sont à compléter par le Médecin Psychiatre référent
- ❖ Une fiche de liaison infirmière devra être fournie ainsi qu'un bilan somatique récent

Nous attirons également votre attention sur la nécessité de ces documents, tout dossier incomplet ne pourra être présenté à la commission d'admission.

Après étude du dossier, la décision de commission vous sera adressée par voie postale. Vous en souhaitant bonne réception,

Nous restons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires et vous prions d'agréer l'expression de nos salutations distinguées.

Foyer Emile Cateland		DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION	
	Page 2 / 8	Dossier n° : (Information renseignée par l'équipe du foyer)	

PATIENT

NOM :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

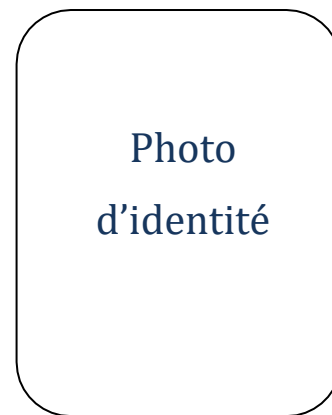
Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Téléphone :

Copie de la pièce d'identité en cours de validité obligatoire

Nationalité :

Ou titre de séjour :

 Délivré par :
.....

 Numéro :
.....

 Validité :
.....

 Autorisation de travail :
Oui Non

SITUATION FAMILIALE

	Célibataire	Vie maritale	Marié(e)	Séparé(e)	Divorcé(e)	Veuf(ve)
Actuellement :						
Durant (ans) :						

Enfants : OUI NON

Ages :

Parents :

Téléphone :

Nom : Prénom :

SECURITE SOCIALE

Assuré : Oui Non Ayant droit de :

N° d'immatriculation :

Centre de paiement n° :

Adresse du centre de paiement :

100 % : Oui Non Droits ouverts jusqu'au :

Joindre impérativement une attestation de Carte Vitale

MUTUELLE COMPLEMENTAIRE

Mutuelle : Oui Non

Organisme :

Matricule :

Téléphone :

Nombre de journées d'hospitalisation en secteur psychiatrique prises en charge par année civile :

Nombre de journées d'hospitalisation en secteur psychiatrique prises dans le courant de cette année :

Droits ouverts jusqu'au : ... / /

Joindre impérativement une attestation mutualiste

Nom :

Prénom :

RESSOURCES

Revenu de Solidarité Active (RSA) :

Oui Non En cours

N° d'allocataire : jusqu'au : ... / ... /

Allocation Adulte Handicapé :

Oui Non En cours

N° d'allocataire : jusqu'au : ... / ... /

Aide médicale : Oui Non En cours

.....

Curatelle : Oui Non En cours

Tutelle : Oui Non En cours

Organisme :

Curateur :

Téléphone :

Tuteur :

Téléphone :

**Autorisation du tuteur
(signature obligatoire pour l'admission)**

Pension d'invalidité : Oui Non En cours

.....

Pension de retraite : Oui Non En cours

.....

Autres ressources :

.....

Nom :

Prénom :

PARCOURS PROFESSIONNEL

Etudes

Oui Non En cours

Degré d'instruction :

Diplômes obtenus :

Date : ... / ... /

Formation professionnelle

Oui Non En cours

Nature :

Années :

Durée..... mois

Diplômes obtenus :

Date : ... / ... /

.....

Date : ... / ... /

Activités professionnelles

Oui Non En cours

Emploi tenu	Lieu	Période	Cause de la fin du contrat

Reclassement professionnel

Oui Non En cours

Nature :

Années :

Durée..... mois

Résultat :

Reconnaissance travailleur handicapé

Oui Non En cours

Catégorie :

Jusqu'au : ... / ... /

Département :

Numéro :

Emploi souhaité ou recherché

Oui Non En cours

Nature :

Démarches effectuées :

.....

.....

Nom:

Prénom:.....

SUIVI MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DU PATIENT ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR

Nom :

Adresse :

Service:..... Téléphone :

Secteur : Fax: Adresse Mail :

Médecin chef de service : Téléphone :

Médecin psychiatre référent : Téléphone :

Psychologue : Téléphone :

Médecin généraliste : Téléphone :

Cadre infirmier : Téléphone :

Assistant service social : Téléphone :

HÔPITAL

Nom:

Téléphone:..... Fax:..... Adresse Mail :

Adresse :

Service : Téléphone :

Secteur : Téléphone :

Médecin chef de pôle :Téléphone :

Médecin psychiatre référent :Téléphone :

Cadre infirmier : Téléphone :

Assistant de service social : Téléphone :

Nom:

Prénom:

CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

CMP

Téléphone:..... Fax:..... Adresse Mail :.....

Adresse :

Médecin référent:..... Téléphone:

Permanences : Jour :..... Heures:

Assistant de service social :..... Téléphone:..... Adresse Mail :.....

Permanences : Jour :..... Heures:

AUTRES SUIVIS

CATTP:

Téléphone:..... Fax:..... Adresse Mail :.....

Adresse :

Jours et heures de présence au CATTP :

Remarques :

HÔPITAL DE JOUR

Hôpital de jour:

Téléphone:..... Fax:..... Adresse Mail :.....

Adresse :

Jours et heures de présence à l'HDJ :

Assistant de service social :..... Téléphone :