



CLINIQUE
DES PORTES
DE L'EURE

Au service du mieux être

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION



Dossier à retourner au secrétariat médical :

Par courrier : 1 rue Bonaparte 27200 VERNON

Tel secrétariat: 02.32.71.63.30

Par fax au : 02.32.71.63.31

Par mail : admission@clinique-portes-eure.com



NOTE EXPLICATIVE

Suite à votre demande, veuillez trouver ci-après le dossier de demande d'admission de notre établissement. Il comporte deux parties :

- Une partie administrative à compléter **par vos soins**,
- Une partie médicale à faire compléter **par le médecin qui vous oriente vers notre structure**.

Afin de nous permettre de traiter votre demande d'admission, merci de joindre **obligatoirement** à la présente demande :

- Une photocopie de votre attestation de sécurité sociale en cours de validité,
- Une photocopie recto/verso de votre carte de mutuelle en cours de validité,
- Le cas échéant, une photocopie de l'attestation d'affiliation à la CMU,
- Une photocopie de votre carte nationale d'identité ou carte de séjour,
- Une photocopie des ordonnances de tous les traitements en cours datées de moins d'un mois.**

Si la demande concerne une personne mineure,

- Une photocopie du livret de famille,

Si la demande concerne une personne majeure sous protection juridique,

- Une photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique.

Si la demande concerne une personne reconnue en situation de handicap,

- Une photocopie de(s) notification(s) de la MDPH.

Une fois le dossier complété, veuillez nous le retourner par courrier, fax ou mail aux adresses mentionnées en première page.

Attention : En cas de dossier incomplet, la demande ne pourra être étudiée. Dans tous les cas, les « INFORMATIONS OBLIGATOIRES » sont à renseigner en étant le plus exhaustif possible.

Dès réception de votre dossier, nous vous confirmerons qu'il est complet. Votre dossier sera ensuite étudié dans les plus brefs délais, par l'équipe médicale qui donnera un avis favorable ou pas à votre admission. Celui-ci vous sera communiqué rapidement.

Remarque : Un rendez-vous de pré-admission pourra être organisé si l'équipe médicale l'estime nécessaire.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez nous écrire à l'adresse :
contact@clinique-portes-eure.com



Date de la demande :

Demande d'admission- Partie administrative

Madame

Monsieur

Nom et Prénom(s) du patient :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Situation familiale

Marié(e), pacsé(e) Divorcé(e), séparé(e) Concubinage Célibataire

Veuf

Nombre d'enfant(s) : dont mineur(s) à charge

Domiciliation :

Mode de vie

Domicile personnel Hébergé(e) En institution

Profession :

En activité : Oui Non , précisez :

Téléphone :

Adresse mail :

Numéro de sécurité sociale :

Mutuelle

CMUc

ALD

Nom de l'ALD.....

Invalidité

Représentant légal (si le patient est mineur ou majeur protégé) :

Nom et Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Nom et prénom du médecin adresseur :

Téléphone :

Adresse mail :

Nom et prénom du médecin généraliste déclaré :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Nom et prénom du psychiatre référent:

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Autres informations administratives utiles à votre admission que vous souhaitez porter à notre connaissance :

Tutelle

Curatelle

Nom de l'organisme



Demande d'admission- Partie médicale

Type d'hospitalisation envisagée : Gériopsychiatrie | Réhabilitation psychosociale

Centre de Réhabilitation (Hôpital de jour)

* : Pour les patients en Gériopsychiatrie, merci de remplir la grille jointe en annexe

Antécédents psychiatriques :

Antécédents somatiques :

IMC.....

Conduites addictives Alcool

Toxique cannabis

Date du sevrage.....

***INFORMATION OBLIGATOIRE* : Traitement psychiatrique et somatique :**

Merci de joindre les dernières ordonnances

Motif de la demande d'hospitalisation :

Anamnèse :

Autonomie et vie quotidienne :

Difficultés d'autonomie dans la vie quotidienne oui non

Si oui, précisez :

***INFORMATION OBLIGATOIRE* : Axe de travail de réhabilitation psychosociale souhaité :**

Attentes du patient/du médecin adresseur :

Objectifs sociaux (vie sociale, logement, vie professionnelle, ...) :

Compléments d'informations (Vous pouvez ajouter une page de texte libre à ce dossier) :

Patient informé de la demande d'hospitalisation

Signature du patient

ENGAGEMENT DE LA PART DE LA STRUCTURE REFERENTE DE REPENDRE LE PATIENT A L'ISSUE DU SEJOUR

Je soussigné Docteur.....

représentant l'équipe référente m'engage à reprendre dans la structure.....

M. Mme.....

- en cas de problème d'adaptation à la Clinique,
- en cas d'échec du projet ou de la prise en charge,
- à l'issue du séjour si le patient n'a pas de domicile.

Cachet – Signature

PASS SANITAIRE COVID-19

Décret no 2021-1059 du 7 août 2021 modifiant le décret no 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

Pass Sanitaire : OUI NON

Si Non Bénéfice/risque évalué par le médecin pour une hospitalisation : OUI NON

Compléments d'informations :

.....

.....

.....

.....



Annexe

ECHELLE D'AUTONOMIE DE KATZ (A.D.L.)

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

<u>ECHELLE A.D.L</u>	1ère évaluation Date : Score:	2ème évaluation Date : Score:	3ème évaluation Date : Score:
<i>HYGIENE CORPORELLE</i>			
. autonomie	1	1	1
. aide	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
<i>HABILLAGE</i>			
. autonomie pour le choix des vêtements et l'habillement	1	1	1
. autonomie pour le choix des vêtements, l'habillement mais a besoin d'aide pour se chausser	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
<i>ALLER AUX TOILETTES</i>			
. autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1	1	1
. doit être accompagné(e) ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller	½	½	½
. ne peut aller aux toilettes seul (e)	0	0	0
<i>LOCOMOTION</i>			
. autonomie	1	1	1
. a besoin d'aide	½	½	½
. grabataire	0	0	0
<i>CONTINENCE</i>			
. continent(e)	1	1	1
. incontinence occasionnelle	½	½	½
. incontinent(e)	0	0	0
<i>REPAS</i>			
. mange seul(e)	1	1	1
. aide pour couper la viande ou peler les fruits	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
TOTAL			



FICHE DE REGIME PREADMISSION

SI VOUS DEVEZ SUIVRE UN REGIME ALIMENTAIRE LORS DE VOTRE SEJOUR DANS NOTRE ETABLISSEMENT, NOUS VOUS REMERCIONS DE BIEN VOULOIR NOUS RETOURNER CE DOCUMENT AVANT VOTRE ADMISSION

1. IDENTIFICATION

Civilité : Madame

Monsieur

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Date prévue de l'admission à la Clinique des Portes de L'Eure le :

Etiquette Patient

2. REGIMES PROPOSEES A LA CLINIQUE

MERCI DE COCHER LA ou LES CASES CORRESPONDANTES

Sans régime

Régime sans avis médical	Régime avec indication médicale seulement	Texture particulière (en cas de fausse routes, problème de mastication)
<input type="checkbox"/> Normal sans viande <input type="checkbox"/> Normal sans poisson <input type="checkbox"/> Normal sans porc <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Végétalien <input type="checkbox"/> Riche en fibres	<input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Sans sel (hypertension artérielle, maladie cardio-vasculaire) <input type="checkbox"/> Sans lactose <input type="checkbox"/> Sans gluten (maladie cœliaque) <input type="checkbox"/> Hypocholestérolémiant	<input type="checkbox"/> Haché (fin) <input type="checkbox"/> Mixé (très fin)

À RETOURNER AVANT VOTRE ENTRÉE POUR TOUTE DEMANDE DE RÉGIME

Document à renvoyer :

Par voie postale à : Clinique des Portes de l'Eure

1 rue Bonaparte

27200 Vernon

Par mail au : c.martins@clinique-portes-eure.com

a.mouquet@clinique-portes-eure.com