

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à la **Clinique La Bastide de Callian**.

Pour préparer votre admission au sein de l'établissement, nous vous invitons à suivre **les étapes décrites ci-dessous**.

Une fois la demande renseignée, nous vous prions de **cocher les cases correspondantes** des différentes rubriques.

Toutes les pièces demandées sont **obligatoires**.

PIÈCES À FOURNIR POUR LA COMPLETUDÉ ET L'ÉTUDE DU DOSSIER

A COMPLETER PAR LE PATIENT

1. Éléments administratifs	☐
2. Situation sociale du patient et 2.1. Attestation d'hébergement par un tiers	☐
3. Lettre de motivation* et 3.1. Engagement thérapeutique * Pour une demande d'hospitalisation pour sevrage de toxiques : engagement écrit du patient avec son accord de respect du contrat de soins et de l'absence d'autorisation de sortie thérapeutique durant les 3 premières semaines de son séjour.	☐

A COMPLETER PAR LE MEDECIN ADRESSEUR

4. Éléments médicaux	☐
5. Éléments psychiatriques	☐
6. Bilan biologique de moins de 1 mois	☐
7. Ordonnance de traitement de moins de 3 mois	☐
8. Compte-rendu ou lettre de liaison des éventuelles précédentes hospitalisations	☐

Vous pouvez envoyer votre dossier complété :

- **par email** : admission.bastidecallian@emeis.com
- **par courrier** : 569 Chemin des Moulins - 83440 Callian

Votre demande sera examinée **par le Collège Médical pour évaluation** de l'indication et la pertinence de l'hospitalisation.

À la suite de la commission médicale d'Etablissement, nous vous contacterons afin de **vous informer de l'acceptation ou du refus de votre demande**.

Pour les réponses faites par mail, nous vous invitons à **vérifier vos spams**.

1. ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS – IDENTIFICATION DU PATIENT

A REMPLIR PAR LE PATIENT

NOM	
NOM DE NAISSANCE	
Prénom	
Date de naissance	
Age	
Numéro de sécurité sociale	
Adresse	
Code postal	
N° de téléphone	
Adresse mail	
Nom et N° de téléphone du proche aidant	

2. SITUATION SOCIALE DU PATIENT

A REMPLIR PAR LE PATIENT

Situation familiale	☐ Marié	☐ Célibataire	☐ PACS	☐ Concubinage	☐ Divorcé	☐ Veuf
Enfant	☐ Oui	☐ Non				
Si oui, combien ?		Et quel âge ?				
Situation professionnelle	☐ En activité	☐ Chômage	☐ Invalidité	☐ Retraité	☐ Arrêt maladie	
Profession						
Le patient a-t-il un logement ?	☐ Oui	☐ Non	☐ Hébergé par un tiers	(joindre l'attestation d'hébergement par le tiers avec CNI)		
Tutelle/Curatelle	☐ Oui	☐ Non	Nom du contact			
Le patient dispose-t-il d'une mutuelle ?	☐ Oui	☐ Non				
Si oui, nom de la mutuelle						

2.1. ATTESTATION D'HEBERGEMENT PAR UN TIERS

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (Nom et Prénom)

Demeurant

S'engage à héberger Madame, Monsieur (Nom et Prénom)

à la fin de son séjour au sein de la clinique La Bastide de Callian ou plus tôt, si l'hospitalisation devait être interrompue.

DOCUMENT A JOINDRE IMPERATIVEMENT :

- Copie recto/verso de la pièce d'identité du tiers

Fait à

Le

Signature

3. LETTRE DE MOTIVATION A REALISER PAR LE PATIENT

Fait à

Le

Prénom et Nom du patient

Signature

4. ELEMENTS MEDICAUX – CONFIDENTIELS

A REMPLIR PAR LE MEDECIN ADRESSEUR

Médecin adresseur ☐ Médecin traitant ☐ Psychiatre traitant ☐ Autre

Nom et prénom du médecin

Adresse

Code postal

Ville

N° de téléphone

Adresse mail

Nom et coordonnées du médecin traitant
si différent du médecin adresseur

Nom et coordonnées du psychiatre
traitant si différent du médecin
adresseur

5. ÉLÉMENTS PSYCHIATRIQUES

MOTIF DE LA DEMANDE D'HOSPITALISATION

OBJECTIFS DE L'HOSPITALISATION

Hospitalisation à la demande de qui ? ☐ Patient ☐ Proposition médicale ☐ Entourage

Le patient a-t-il déjà été hospitalisé à La Bastide de Callian ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nombre et dates d'hospitalisations

Le patient a-t-il déjà été hospitalisé dans une autre structure ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nombre, dates et lieux d'hospitalisations

Date et lieu de la dernière hospitalisation

TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Troubles dépressifs ☐ Oui ☐ Non

Troubles anxieux ☐ Oui ☐ Non

Troubles du sommeil ☐ Oui ☐ Non

Troubles de la personnalité ☐ Oui ☐ Non

Epuisement professionnel/Burnout ☐ Oui ☐ Non

Troubles post-traumatiques ☐ Oui ☐ Non

Troubles des conduites alimentaires ☐ Oui ☐ Non

Troubles psychotiques ☐ Oui ☐ Non

ANTECEDENTS PERSONNELS DU PATIENT

Troubles du comportement ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels ?

Idées suicidaires actuelles ☐ Oui ☐ Non

Antécédents d'idées suicidaires ☐ Oui ☐ Non

Antécédents de tentatives de suicide ☐ Oui ☐ Non

Si oui, date et moyen de la dernière tentative de suicide

Antécédents judiciaires ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez ☐ Obligation de soins ☐ Condamnation

TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE

Tabac

☒ Oui ☐ Non

Si oui, substitution en cours

☐ Oui ☐ Non

Antécédents de consommation

☐ Oui ☐ Non

Alcool

☒ Oui ☐ Non

Si oui, date de la dernière consommation

Antécédents de consommation

☐ Oui ☐ Non

Cannabis

☒ Oui ☐ Non

Si oui, date de la dernière consommation

☐ Oui ☐ Non

Antécédents de consommation

☐ Oui ☐ Non

Cocaïne

☒ Oui ☐ Non

Si oui, substitution en cours

☐ Oui ☐ Non

Antécédents de consommation

☐ Oui ☐ Non

Héroïne

☒ Oui ☐ Non

Si oui, substitution en cours

Antécédents de consommation

☐ Oui ☐ Non

Médicaments

☒ Oui ☐ Non

Si oui, précisez

Antécédents de consommation

☐ Oui ☐ Non

HISTOIRE DE LA MALADIE

ETAT CLINIQUE PSYCHIQUE ACTUEL

ETAT SOMATIQUE ACTUEL

Taille

Poids

Problèmes cardiaques

☐ Oui ☐ Non

Si oui, date de la dernière consultation et nom du cardiologue

Existe-t-il une altération cognitive ?

☐ Oui ☐ Non

Le patient nécessite-t-il de l'oxygène ?

☐ Oui ☐ Non

Le patient est-il appareillé pour l'apnée du sommeil ?

☐ Oui ☐ Non

Le patient présente-t-il un état de dénutrition ?

☐ Oui ☐ Non

Le patient souffre-t-il d'une maladie chronique ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ?

Le patient présente-t-il des allergies alimentaires ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles ?

Le patient présente-t-il des allergies médicamenteuses ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles ?

ANTECEDENTS MEDICAUX

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

QUELS SONT LES RISQUES ?

Risque de chute ☐ Oui ☐ Non

Risque de troubles de la déglutition ☐ Oui ☐ Non

Risque de crise convulsive ☐ Oui ☐ Non

Risque d'infection ☐ Oui ☐ Non

QUEL EST L'AUTONOMIE DU PATIENT ?

Marche seul ☐ Oui ☐ Non

Toilette seul ☐ Oui ☐ Non

Mange seul ☐ Oui ☐ Non

Elimination seul ☐ Oui ☐ Non

Activités physiques ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles ?

Fait à

Le

Prénom et Nom du médecin

Signature et Cachet du médecin