

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 déclinées 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 COMPLETUDE ET L'ETUDE DU DOSSIER

A COMPLETER PAR LE PATIENT

1. Eléments administratifs	<input type="checkbox"/>
2. Situation sociale du patient et 2.1. Attestation d'hébergement par un tiers	<input type="checkbox"/>
3. Lettre de motivation* et 3.1. Engagement thérapeutique <small>* 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.</small>	<input type="checkbox"/>

A COMPLETER PAR LE MEDECIN ADRESSEUR

4. Eléments médicaux	<input type="checkbox"/>
5. Eléments psychiatriques	<input type="checkbox"/>
6. Bilan biologique de moins de 1 mois	<input type="checkbox"/>
7. Ordonnance de traitement de moins de 3 mois	<input type="checkbox"/>
8. Compte-rendu ou lettre de liaison des éventuelles précédentes hospitalisations	<input type="checkbox"/>

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.

A 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

Large empty area for writing the motivation letter.

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

Héroïne

Oui Non

Si oui, substitution en cours

Oui Non

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

ANTECEDENTS MEDICAUX

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

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 ?

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