



## DONNEES ADMINISTRATIVES et SOCIALES

Merci d'accompagner ce dossier d'une note sociale + copie carte identité, carte vitale et mutuelle

- Nom, nom jeune fille : Prénom(s) :
- Date et lieu de naissance :
- Adresse :
- N° de téléphone :
- Situation familiale :
- Enfants (âges, sexes, prénoms et situations) :
- Adresses parentales + tel (père et mère) :
- Personnes ressources + tel :
- Représentant légal (nom + coordonnées) :
- Adresse Mutuelle :
- N° adhérent :
- **Adresse CPAM :**
- N° Sécurité Sociale :
- **Adresse CAF :**
- Matricule :



- Situation professionnelle ou expériences professionnelles, poste occupés (dates et durées) :

- Diplômes et formations obtenus ou niveau (préciser) :

- Ressources du patient :
- Dettes du patient :
- Régime de protection :
- Coordonnées mandataire (adresse + tel) (joindre photocopie jugement) :

- Dossiers MDPH : (AAH, orientations, RQTH) : notifications (joindre photocopies) :

- Personne de confiance :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél :

- Personne à prévenir :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél :



## FICHE MEDICALE

Merci d'accompagner ce dossier :

D'un courrier médical détaillé + dernière ordonnance, un bilan sanguin récent, un bilan somatique, un ECG et un certificat d'aptitude à l'activité sportive.

- Historique des hospitalisations psychiatriques

Du	Au	Motif	lieu

- Modalités et motif d'hospitalisation actuelle :  
*(Pour mémoire l'établissement n'accueille que des patients en SL)*

- Diagnostic :

- Evolution de la maladie en cours d'hospitalisation ou de suivi :



- **Antécédents :**

Années	Somatiques		Années	Chirurgicaux

- **Antécédents psychiatriques familiaux :**

- **Allergies :**

- **Contre-indications médicamenteuses :**

- **Addictions :**

- **Produits de substitution en cours :**

Nature	Identification prescripteur

- **Test psychologique et neuro psychologique (joindre les derniers tests réalisés) :**



## FICHE INFIRMIERE

Merci de joindre au dossier la copie du carnet de vaccination

- Régime alimentaire :
  
- Soins en cours et/ou prévus :

(Traitements hors psychiatrie)







## ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Je, soussigné(e).....  
(Personne qui gère les ressources du patient)

Demeurant .....  
.....

M'engage :

. à payer mensuellement à l'A.R.E.V. le montant du forfait journalier

ou

. à présenter dès son admission une attestation de C.M.U. ou une prise en charge mutuelle de

M .....

A ....., le .....

SIGNATURE





## AUTORISATION DE SOINS

La personne soussignée (lien avec le patient) :

Demeurant à :

autorise Monsieur le Médecin de l'A.R.E.V. à pratiquer sur M .....,  
tout traitement urgent reconnu nécessaire ou à décider de toute intervention chirurgicale ou  
hospitalisation indispensable.

A ....., le .....

SIGNATURE



## ENGAGEMENT DE REPRISE

Je soussigné(e), Docteur .....  
m'engage à reprendre, Madame, Monsieur (1).....  
au sein de mon service en cas de problème d'adaptation ou de décompensation psychiatrique au  
centre de postcure ou au service d'aide et de soutien de l'Association Régionale Espoir et Vie.

Fait à ..... Le :     /     /

(Signature et cachet de l'établissement)

(1) – Rayer la mention inutile

