



## DONNEES ADMINISTRATIVES et SOCIALES

**Merci d'accompagner ce dossier d'une note sociale + copies carte identité et attestation CPAM 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) :



## RECUEIL D'INFORMATIONS PERSONNELLES

### LA PERSONNE DE CONFIANCE

Vous pouvez, si vous le souhaitez, désigner une personne de confiance, qui peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant, qui sera consultée au cas où vous ne seriez pas en état d'exprimer votre volonté ou de recevoir une information. Cette désignation vaut pour toute la durée de l'hospitalisation, mais peut être modifiée à tout moment (*loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades*).

Il est à noter que seule une personne majeure et n'étant pas sous tutelle (sauf accord du juge des tutelles) peut désigner une personne de confiance.

**Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance** (je peux à tout moment procéder à cette désignation en demandant un document dans le service).

**Je souhaite désigner la personne de confiance, ci-dessous :**

Madame

Monsieur

Son nom : ..... Son nom de naissance : .....

Son prénom : .....

Son adresse : .....

Son téléphone : .....

Cette personne est :  un parent  un proche  mon médecin traitant

Fait à ..... **Signature du patient :** **Signature de la personne de confiance :**

Le .....

### PERSONNE A PREVENIR

Cette personne à prévenir peut-être différente de la personne de confiance. La désignation d'une personne de confiance, n'a pas pour effet de restreindre l'information qui doit être donnée à vos proches. Pour cela il est nécessaire de désigner une personne afin que nous puissions informer vos proches de votre état de santé ou pour toute autre nécessité.

**Je désigne la personne à prévenir, ci-dessous :**

Madame  Monsieur  Aucune

Son nom : ..... Son nom de naissance : .....

Son prénom : .....

Son adresse : .....

Son téléphone : .....

Son lien de parenté avec vous : .....

**DIRECTIVES ANTICIPEES :**  oui (*précisez nom et coordonnées du détenteur*)  non

Madame  Monsieur  Aucune

Son nom : ..... Son nom de naissance : .....

Son prénom : .....

Son adresse : .....

Son téléphone : .....

Son lien de parenté avec vous : .....

*Les directives anticipées sont rédigées pour le cas où en fin de vie (après un accident, suite à une maladie grave...) la personne serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Elle indique ses souhaits concernant les conditions de limitation ou d'arrêt de traitement.*

Fait à ....., le .....

**Signature du patient** (*précédé de la mention « lu et approuvé »*)



## 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

