

CSMRA LA GANDILLONNERIE

1 La Gandillonnerie

86350 Payroux

Tél : 05.49.87.01.99 – Fax : 05.49.97.07.58

E-mail : secretariat.accueil@lagandillonnerie.com



Identité du patient

Nom :
Date de naissance :

Nom de naissance :
Adresse :

Prénom :
Téléphone / E-mail :

Hospitalisation complète

Hôpital de jour

DPA/P06/F01/IR09

Vous souhaitez faire une demande de préadmission à la Gandillonnerie ; voici la procédure à suivre :

Étape 1 : remplissage du dossier d'admission :

Co-remplir le dossier d'admission avec un médecin ou un professionnel référent.

Ce dossier conditionne l'admission et constitue un élément important pour définir le projet thérapeutique du séjour.

Étape 2 : Entretien préalable à la décision d'admission.

Un entretien sur site de préférence dans les 2 semaines à réception du dossier avec un membre de l'équipe de la Gandillonnerie aura lieu afin d'approfondir les motivations et la concordance des attentes et du projet de la personne avec le programme proposé.

Étape 3 : décision d'admission sous huitaine avec confirmation auprès du patient par téléphone et auprès de l'équipe.

Étape 4 : Envoi du livret d'accueil et mise en lien pour coordination du séjour avec l'équipe référente.

Liste des documents à fournir :

1. Ordonnances de traitements médicamenteux en cours.
2. Photocopie lisible de la pièce d'identité, passeport ou titre de séjour.
3. Photocopie lisible CPAM, CMU, carte vitale.
4. Attestation de mutuelle : **ATTENTION VERIFIER AUPRES DE VOTRE MUTUELLE LA PRISE EN CHARGE TOTALE DU SEJOUR EN PRECISANT LE CODE DMT 518.**
5. Formulaire désignation de la personne de confiance signé.
6. Une assurance couvrant la responsabilité civile.
7. Bilan sanguin Cf page 7
8. Lettre de motivation

Le demandeur a-t-il déjà fait un séjour à La Gandillonnerie ? oui non

Si oui quelles dates ?

À faire remplir par toutes personnes s'occupant de votre dossier.

(Dans ce tableau : coordonnées, tampon et signature).

Médecin traitant /psychiatre...	Joindre un compte rendu :
Assistante sociale	Note sociale :
Équipe éducative	Note :

Vos consommations actuelles et anciennes :

Produits consommés	Consommations actuelles	Consommations anciennes	Précisions (mode de conso, durée)
Alcool			
Cannabis			
Héroïne			
Cocaine			

Médicaments prescrits et hors prescription				
Tabac				
Comportementales (alimentaire, jeux)				
Autres :				

Partie médicale :

1/ Troubles cognitifs : Oui Non

2/ objectif médical escompté :

3/ Joindre les comptes rendus éventuels.

4/ indiquer le service où le patient a été sevré.

Merci de joindre un courrier d'adressage comportant également :

1. Les antécédents.
2. Le traitement en cours.
3. Les vaccinations.
4. Les problèmes somatiques et psychiatriques (anciens, actuels, et en cours d'exploration).

Veillez envoyer votre demande au SECRETARIAT DU BUREAU DES ENTREES soit par fax, par courriel, ou par la poste.

Fax 05.49.97.07.58

✉ Secretariat.accueil@lagandillonnerie.com

Entête du médecin ou Centre

Noms / Prénom du patient/DDN

Fait à le,

Merci de faire pratiquer un bilan sanguin comportant :

1. Une numération formule sanguine + plaquettes.
2. Dosage d'albuminémie, créatinémie.
3. Les sérologies : Hépatites B, C, HIV et si besoin charge virale.
4. Bilan hépatique complet : transaminases, GGT, lipasémie.
5. Folates, Vitamine B12, ferritinémie.

Tampon et signature



DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Etiquette patient

IMPORTANT :

En application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des Malades et à la qualité du système de santé, et notamment de son article L.1111-6, le patient majeur peut désigner une personne de confiance (parent, proche ou médecin traitant) qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Cette fiche est à remettre complétée avec votre dossier de pré-admission.

NOM : PRENOM :

Adresse mail :@.....

Après avoir pris connaissance des éléments d'information figurant au verso de ce présent formulaire :

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance et désire rester l'unique interlocuteur de l'équipe médicale et paramédicale. Cette dernière s'en remet à ma famille, le cas échéant à mes proches, si ma situation m'empêche d'exprimer ma volonté.

Fait à _____, le /..... /.....
Signature

Je désigne la personne de confiance ci-dessous :

PATIENT	PERSONNE DE CONFIANCE
<p>Je Soussigné(e) Nom : Prénom : Né(e) le : /..... /..... Hospitalisé(e) au CSMRA La Gandillonnerie à Payroux depuis le :</p> <p>Désigne comme personne de confiance : parent <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> médecin traitant <input type="checkbox"/> Nom : Prénom :</p> <p>Cet engagement réciproque est valable pour l'hospitalisation du</p> <p>Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Je soussigné(e) Nom : Prénom : Né(e) le : /..... /..... Téléphone domicile : Téléphone portable :</p> <p>Accepte d'être la personne de confiance de M.....</p> <p>Je m'engage à assister, à sa demande, dans son parcours médical, et à représenter ses volontés, notamment au cas où il en serait empêché.</p> <p>Je certifie avoir pris connaissance des buts de ma mission et de mon rôle et les avoir acceptés après en avoir discuté avec M.....</p>

En l'application du présent document, nous attestons avoir préalablement discuté ensemble des volontés du patient à propos de sa santé et en fonction de son évolution.

Fait à _____, le :/...../.....
Signature du patient

Fait à _____, le :/...../.....
Signature de la personne de confiance



DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou un médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquée à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions...

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans des conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement » (article L.1111-6 du Code de la santé publique).

C'est une aide, un soutien et un accompagnement du parcours médical des personnes hospitalisées. Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche du patient pour connaître ses convictions et à qui ce dernier fait confiance. C'est un interlocuteur privilégié du personnel de santé, qui contribue au respect de la volonté du patient.

La personne de confiance peut être distincte de la personne à prévenir, elle a des missions bien spécifiques. En effet, elle peut enrichir l'échange médecin patient et peut l'élargir à une relation à trois.

1/VOUS ETES OU ALLEZ ETRE HOSPITALISE(E)

Vous êtes ni mineur, ni sous tutelle, vous avez alors le droit de désigner une personne de confiance.

- **Pourquoi ?**
 - Etre accompagné(e) dans vos démarches de santé
 - Etre soutenu(e) dans vos prises de décisions
 - Etre représenté(e) dans l'expression de vos volontés de soins, au cas où vous seriez dans l'impossibilité de vous exprimer
- **Qui choisir ?**
 - Un parent
 - Un proche
 - Votre médecin traitant
- **Que devez-vous faire ?**
 - Déterminez avec la personne de confiance que vous avez choisi(e) l'étendue de sa participation : présence à tous les entretiens médicaux ou seulement aux plus importants, communication de la totalité des informations médicales ou seulement celles que vous choisirez
 - Expliquez-lui vos volontés de soins en cas d'altération grave de santé
 - Complétez le formulaire au dos de cette fiche avec la personne de confiance.

2/VOUS ETES OU ALLEZ ETRE DESIGNE(E) PERSONNE DE CONFIANCE

Vous êtes choisi(e) pour être la personne de confiance d'une personne hospitalisée.

- **Quelles missions ?**
 - Vous pourrez accompagner le patient, s'il le souhaite, aux entretiens médicaux et l'aider à prendre ses décisions
 - Si le patient est hors d'état d'exprimer la volonté, vous serez la personne de référence de l'équipe médicale et paramédicale pour recevoir les informations et être consulté(e) sur les décisions à prendre.
- **Que devez-vous faire ?**
 - Compléter le formulaire au dos de cette fiche avec la personne hospitalisée
- **Quelle obligation ?**
 - Associé(e) à la relation médicale, vous serez tenu(e) au secret médical.

Ceci est un engagement moral, de solidarité et d'assistance. Il peut être rompu à tout moment, tant par la personne hospitalisée que par la personne de confiance.