DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Maison de Santé Sainte Marguerite **68 Grand Rue** **57680 NOVEANT-SUR-MOSELLE**
03 87 52 83 22 **www.cliniquestemarguerite.com**
Messagerie sécurisée secretariat.clinique-stemarguerite@sante-grand-est.mssante.fr
Messagerie générique *secretariat@clinique-stemarguerite.fr*

IDENTITE DU PATIENT	SERVICE ADRESSEUR
Nom de naissance : ..... Nom d'usage :	Nom du partenaire ou de la structure et coordonnées :
Prénom de naissance : ☐ H ☐ F	
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : ..... Numéro de Sécurité Sociale ou Matricule INS :	
Téléphone fixe : ..... Téléphone mobile :	
E-mail :	Nom et coordonnées du médecin traitant :
Caisse d'affiliation de sécurité sociale :	
Mutuelle : ☐ oui ☐ non Nom de la mutuelle : ..... Numéro d'adhérent : ..... Durée par an : ..... Date de validité : ..... Nombre de jours déjà utilisé dans l'année :	
Si votre prise en charge mutuelle ne couvre pas la totalité de vos frais, acceptez-vous de rajouter une participation financière ? ☐ oui ☐ non (tarif des chambres compris entre 41 € et 65 € / jour)	Nom et coordonnées du psychiatre traitant :
Complémentaire Santé Solidaire : ☐ oui ☐ non	
Date d'entrée souhaitée : ____/____/_____	

ENVIRONNEMENT PERSONNEL

Situation familiale : ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Célibataire ☐ Nb d'enfants : ...

Logement : ☐ Domicile personnel ☐ Sans domicile fixe ☐ Foyer /hôtel
☐ hébergé par la famille ☐ hébergé par un tiers ☐ autre (précisez) : .....

Adresse :
.....
.....
.....

Réservé – ne rien inscrire
Identitovigilance
Coller étiquette d'identification du patient
après validation

Diplômes ou niveau de qualification :
.....

Profession :
.....
☐ en activité ☐ chômage ☐ arrêt maladie ☐ invalidité ☐ retraité

Ressources : ☐ salaire ☐ indemnités journalières ☐ ASSEDIC ☐ RSA ☐ AAH ☐ Retraite ☐ sans ressources ☐ à la charge d'un tiers ☐ autre (précisez) : .....

Responsabilité légale : ☐ Capable majeur ☐ Majeur protégé

Mesure de la protection : ☐ Mesure en cours Sauvegarde de justice : ☐ oui ☐ non
Tutelle : ☐ oui ☐ non Curatelle : ☐ oui ☐ non **Si oui,** nom du tuteur ou curateur :
.....

Le recueil du consentement du tuteur, en sa qualité de représentant légal, est juridiquement nécessaire avant de réaliser un acte médical sur la personne protégée.

Organisme et adresse :
.....
Téléphone : .....
Antécédents judiciaires en cours (obligation de soins, incarcération, etc.) : ☐ oui ☐ non

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Maison de Santé Sainte Marguerite 68 Grand Rue 57680 NOVEANT-SUR-MOSELLE
03 87 52 83 22 www.cliniquestemarguerite.com

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (à remplir par le médecin)	
Quelle 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 ? .....
• Mobilité réduite :	☐ oui ☐ non
Etat somatique actuel :	
• Taille :	.....cm
• Poids :	.....kg
• 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
.....
.....
.....
.....

IDENTIFICATION DES 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

PRÉVENTION VACCINALE	
• Couverture vaccinale à jour	☐ oui ☐ non
• Vaccination grippe faite	☐ oui ☐ non
• Vaccination COVID faite	☐ oui ☐ non
• Examens complémentaires prévus ou programmés	☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels ?	…… ……

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

……
……
……
……

- Antécédents de tentative de suicide : ☐ oui ☐ non

Si oui, date et moyen de la dernière tentative : ……

- Idées suicidaires actuelles : ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez si scénario, le ou lesquels ? ……
……

MOTIF DE LA DEMANDE D'HOSPITALISATION et OBJECTIFS DE L'HOSPITALISATION

……
……
……
……

SUIVI ADDICTOLOGIQUE

☐ oui ☐ non
Si oui, nom du centre et/ou du professionnel de santé : ……

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX ACTUELS EN COURS

☐ oui ☐ non **Si oui, joindre la dernière ordonnance :**
……
……
……
……
……
……

REGIME ALIMENTAIRE ET/OU ALLERGIES

☐ oui ☐ non **Si oui,** précisez : ……
……

PRODUITS CONSOMMÉS (à remplir par le patient)

Avez-vous des conduites addictives ? ☐ oui ☐ non **Si oui,** remplir la suite :

Substances psychoactives		Durée de la consommation (âge de début et de fin)	Quelle quantité ?
Alcool	☐ oui ☐ non		
Cannabis et dérivés	☐ oui ☐ non		
Cocaïne	☐ oui ☐ non		
Ecstasy, MDMA	☐ oui ☐ non		
Cathinones	☐ oui ☐ non		
Hallucinogènes	☐ oui ☐ non		
Crack	☐ oui ☐ non		
Héroïne, speedball	☐ oui ☐ non		
Solvants et colles	☐ oui ☐ non		
Tabac	☐ oui ☐ non		
Autres substances	☐ oui ☐ non	Précisez :	
Médicaments			
Anxiolytiques	☐ avec contrôle médical ☐ sans contrôle médical		
Benzodiazépines	☐ avec contrôle médical ☐ sans contrôle médical		

Médicaments		Durée de la consommation (âge de début et de fin)	Quelle quantité ?
Dérivés de la Codéine	☐ oui ☐ non		
Autres antidouleurs	☐ oui ☐ non		
Tramadol	☐ oui ☐ non		
Dérivés de la morphine	☐ oui ☐ non		
Barbituriques	☐ oui ☐ non		
Amphétamines	☐ oui ☐ non		
Psychostimulants	☐ oui ☐ non		
Autres médicaments : Précisez :	☐ oui ☐ non		
Addictions comportementales			
Jeux d'argent	☐ oui ☐ non		
Jeux vidéos	☐ oui ☐ non		
Ecrans	☐ oui ☐ non		
Sexe	☐ oui ☐ non		
Sport	☐ oui ☐ non		
Autre : Précisez :	☐ oui ☐ non		
Produits de substitution (TSO)			
Méthadone ☐ oui ☐ non	☐ avec contrôle médical ☐ sans contrôle médical	En cours de consommation ☐ oui ☐ non	
Buprénorphine (Subutex) ☐ oui ☐ non	☐ avec contrôle médical ☐ sans contrôle médical	En cours de consommation ☐ oui ☐ non	

Quels sont vos produits de choix :
1 - ..... 2 - ..... 3 - .....
Combien de cures et post cures avez-vous réalisées ?
.....

Motivations et attentes du séjour (à remplir par le patient)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Veuillez renseigner, dans le tableau ci-dessous, les établissements où vous avez été hospitalisé, classés par ordre chronologique (merci de fournir les derniers comptes rendus)

Date ou âge au moment de l'hospitalisation	Etablissement, structure ou service	Ville	Durée du séjour	Motif	Décrire en quelques mots le déroulement de votre séjour

Date ou âge au moment de l'hospitalisation	Etablissement, structure ou service	Ville	Durée du séjour	Motif	Décrire en quelques mots le déroulement de votre séjour

Pièces à fournir pour la complétude et l'étude du dossier :

- ☐ Dossier de demande d'admission
- ☐ Formulaire de désignation de la Personne de Confiance
- ☐ Livret Mon GPS (Guide Prévention et Soins en santé mentale)
- ☐ Prise en charge spécifique pour les patients en sevrage de l'alcool → Bilan sanguin complet avec bilan hépatique (taux de prothrombine obligatoire)
- ☐ Ordonnances de vos médecins mentionnant les traitements médicamenteux en cours
- ☐ Conclusion de votre médecin généraliste ou cardiologue vis-à-vis d'un ECG (électrocardiogramme) de moins de 12 mois
- ☐ Pièce d'identité officielle (Carte Nationale d'Identité ou Passeport en cours de validité)
- ☐ Carte Vitale et Carte de mutuelle (contacter préalablement votre mutuelle pour demander la prise en charge)
- ☐ Photo d'identité récente
- ☐ Monnaie pour les extras (distributeurs de boissons chaudes et froides)
- ☐ Tenue de ville et vêtements de sport

Une fois complété, vous pouvez transmettre votre dossier :

- par mail : secretariat@clinique-stemarguerite.fr
- par courrier postal : Clinique Sainte Marguerite
  68 Grand Rue
  57680 NOVEANT SUR MOSELLE
- par l'intermédiaire de votre médecin au moyen d'un envoi sécurisé :
  secretariat.clinique-stemarguerite@sante-grand-est.mssante.fr

Nous vous remercions pour votre collaboration et restons à votre disposition pour toute information complémentaire.