



Nom de naissance :
Nom Marital :
Prénom :
Date de naissance :

DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL

Nom de naissance : Nom Marital :
Prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse :

Demande d'admission pour (cocher la ou les case(s) concernée(s)) :

- Centre Marceau (SSRA - postcure) cssr@renouveau-asso.fr
- CHRS (centre d'hébergement) administration@renouveau-asso.fr
- Pension de famille VELLEROT administration@renouveau-asso.fr
- LHSS (lits halte soins santé) administration@renouveau-asso.fr
- Pension de famille HELP administration@renouveau-asso.fr

Adresser sous pli fermé au « service médical » du service envisagé.

TAMPON DU SERVICE OU MEDECIN PRESCRIPTEUR

Fonction du signataire :
Date :
Signature :

Nom et adresse du médecin généraliste ou référent du patient :

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

Spécialistes éventuels (y compris psychiatres) :

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

CADRE RESERVE A NOS SERVICES:

Date de réception :
Nom du Médecin :
Avis du médical :
.....



Nom de naissance :
Nom Marital :
Prénom :
Date de naissance :

HISTORIQUE DE L'ADDICTION

➤ Conditions de début :

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

➤ Durée / Mode :

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

➤ Circonstances :

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

➤ Types de produits consommés :

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

➤ ADDICTIONS ET DEPENDANCES ASSOCIEES ET PRISE EN CHARGE EVENTUELLE
(y compris en antécédent) :

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

➤ ANTECEDENTS FAMILIAUX D'ADDICTIONS OU DEPENDANCES DIVERSES :

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

➤ SEVRAGES, CURES ET POST- CURES ANTERIEURS :

DATES	LIEUX



Nom de naissance :
Nom Marital :
Prénom :
Date de naissance :

ELEMENTS CLINIQUES SOMATIQUES

➤ **ANTECEDENTS :**

- Médicaux, chirurgicaux et traumatiques :

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

- Allergies connues, contre-indications médicamenteuses :

.....
.....

➤ **ELEMENTS CLINIQUES ACTUELS :**

- Taille :

- Poids :

- Régime alimentaire :

- Examen clinique :

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

➤ **AUTONOMIE**

- Fonctions supérieures :

- Aide à la vie quotidienne :

- Capacité à exercer des activités :

.....

➤ **TRAITEMENT SOMATIQUE EN COURS :**

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

➤ **ELEMENTS BIOLOGIQUES : fournir les doubles des résultats récents**

VOTRE AVIS SUR L'ETAT GENERAL DU PATIENT :

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

Le patient a-t-il déclaré une BMR ? : Oui Non



Nom de naissance :
Nom Marital :
Prénom :
Date de naissance :

BILAN PSYCHIATRIQUE

➤ Symptômes actuels :

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

➤ Diagnostic personnalité :

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

➤ Diagnostic psychiatrique éventuel :

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

➤ Antécédents psychiatriques (y compris les traitements psychotropes antérieurs) :

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

➤ Tentatives de suicide :

.....
.....

➤ Troubles du comportement / violence :

.....
.....

➤ Traitement psychiatrique en cours :

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

➤ Suivi Psychothérapique :

.....
.....

➤ Une évaluation cognitive a-t-elle été réalisée ? Oui Non

➤ Le patient présente-t-il des troubles cognitifs : Modérés Sévères

➤ Conclusion du dernier bilan cognitif réalisé (merci de joindre une copie) :

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



ASSOCIATION DU RENOUVEAU

31, rue Marceau – 21000 DIJON

Centre Marceau (SSRA) : Tél. : 03 80 28 85 51 - Fax : 03 80 70 14 81
CHRS / Pension de famille Vellerot / LHSS / Pension de famille HELP :
Tél. : 03 80 78 89 00 - Fax : 03 80 78 89 89

Nom de naissance :
Nom Marital :
Prénom :
Date de naissance :

➤ Hospitalisation (dates, lieu, motif) :

.....

VOTRE AVIS SUR L'ETAT PSYCHIATRIQUE DU PATIENT :

.....

Codes PMSI :

EVENEMENTS MEDICO-LEGAUX ET JUDICIAIRES

.....

COMPLEMENT D'INFORMATIONS

- Votre point de vue sur la motivation du patient dans cette démarche :
.....
.....
.....
- Qualité des relations sociales et familiales (aptitude à vivre en groupe)
.....
.....
.....
- Sur quels points faudra-t-il être plus attentif pendant la prise en charge du patient ?
.....
.....
.....
- En cas de problèmes physiques ou psychiques incompatibles avec le maintien de votre patient au Centre Marceau, celui-ci peut-il être réadmis dans votre unité de soins ?
 OUI NON
 Si non, dans quel établissement :
- Depuis combien de temps suivez-vous ce patient :
.....
.....
- Date d'admission souhaitée :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à regrouper et exploiter toutes les données relatives aux patients pour gérer les interventions médicales, pour faciliter leur vie quotidienne, assurer les soins et la bonne gestion de l'établissement. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à : Madame la Directrice Générale – Asso. Du Renouveau – 31 rue Marceau - 21000 DIJON

Fait le : Nom et fonction du signataire :

Signature :



ASSOCIATION DU RENOUVEAU

31, rue Marceau – 21000 DIJON

Centre Marceau (SSRA) : Tél. : 03 80 28 85 51 - Fax : 03 80 70 14 81
CHRS / Pension de famille Vellerot / LHSS / Pension de famille HELP :
Tél. : 03 80 78 89 00 - Fax : 03 80 78 89 89

Nom de naissance :
Nom Marital :
Prénom :
Date de naissance :



Nom de naissance :
Nom Marital :
Prénom :
Date de naissance :

DOSSIER SOCIAL

Nom de naissance : Nom Marital :
Prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse :

Demande d'admission pour (cocher la ou les case(s) concernée(s)) :

- Centre Marceau (SSRA - postcure) cssr@renouveau-asso.fr
- CHRS (centre d'hébergement) administration@renouveau-asso.fr
- Pension de famille VELLEROT administration@renouveau-asso.fr
- LHSS (lits halte soins santé) administration@renouveau-asso.fr
- Pension de famille HELP administration@renouveau-asso.fr

Nom et fonction du travailleur social

Coordonnées.....

Tél..... Fax.....

Adresse électronique

CADRE RESERVE A NOS SERVICES:

Date de réception :

Avis:

Entretien de préadmission :

Décision : Date :



Nom de naissance :
Nom Marital :
Prénom :
Date de naissance :

FICHE ADMINISTRATIVE

Adresse actuelle.....
Code Postal..... Ville
Tél..... tél. Portable :
E-mail :
Date et lieu de naissance
Personne à contacter en cas d'urgence (nom, prénom, adresse et téléphone).....
.....
.....

ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE (délivrant la prise en charge principale)

→ Faire une copie de l'attestation où apparaît la période de validité
Intitulé :
Adresse et n° de tél. :
.....N° du centre :
Nom de l'assuré :
Numéro d'immatriculation :
Droits ouverts jusqu'au 100 % (ALD) 80 %

MUTUELLE (de santé complémentaire)

→ Faire une copie de la carte où apparaît la période de validité
Intitulé :
Adresse et n° de tél. :
.....
N° d'adhérent :
Période de validité :

CMU COMPLEMENTAIRE

→ Faire une copie de l'attestation où apparaît la période de validité
Intitulé :
Adresse et n° de tél. :
.....
N° d'adhérent :
Période de validité :



Nom de naissance :
Nom Marital :
Prénom :
Date de naissance :

FICHE SOCIALE

SITUATION FAMILIALE :

- Célibataire marié (e) remarié (e) pacsé(e)
- Concubinage séparé(e) divorcé(e) veuf (ve)

Nombre d'enfants : à charge : Maintien des liens : oui non

La personne bénéficie-t-elle d'un soutien familial ? : Oui non

Si oui, précisez :

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

NIVEAU D'ETUDE

- En difficulté avec la lecture et/ou l'écriture Niveau BAC +2
- Niveau Brevet des collèges Niveau au-delà de BAC +2
- Niveau CAP/BEP Ne sait pas
- Niveau BAC

SITUATION PROFESSIONNELLE / RESSOURCES :

- Si le demandeur a une activité professionnelle actuellement :

Emploi actuel et type de contrat (CDD, CDI,...):

Nom et adresse de l'employeur :

..... Tél. :

- Arrêt Maladie et/ou Accident du travail

- Si le demandeur n'a pas d'activité professionnelle actuellement, quelle est sa situation ?

- Inscrit Pôle Emploi, précisez si indemnisation : Oui Non
- RSA
- Allocataire adulte handicapé
- Retraité
- Invalidité, catégorie :
- Autres revenus, précisez :



Nom de naissance :
Nom Marital :
Prénom :
Date de naissance :

LOGEMENT

propriétaire locataire foyer chez un tiers sans domicile fixe

Pour les demandes d'admission au Centre Marceau, veuillez préciser quelles solutions d'hébergement sont envisagées à la sortie :

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

SITUATION CIVILE

Pleins droits Tutelle Curatelle MASP

Noms et coordonnées du tuteur ou curateur légal :

.....

Tél. : Fax :

Suivi social et/ou éducatif

Personne ou service qui assurera le suivi si besoin après le séjour :

.....

Tél. : Fax :

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Selon l'article L 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles : « Lors de toute prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social, il est proposé à la personne majeure accueillie de désigner, si elle ne l'a pas déjà fait, une personne de confiance dans les conditions définies au premier alinéa de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique [...] »

Pourquoi désigner une personne de confiance ?

- Pour faire connaître aux soignants son avis ou les décisions souhaitées quand l'état de santé ne le permet pas.
- Pour donner à l'équipe hospitalière des indications sur sa façon de voir les choses et décider d'une participation à une recherche biomédicale.
- Pour guider les médecins dans les choix thérapeutiques avant toute intervention ou investigation importante.
- Pour confier ses directives anticipées exprimant ses souhaits relatifs pour la limitation ou l'arrêt du traitement en fin de vie.

Quel est le rôle de la personne de confiance ?

Cette personne peut assister aux entretiens médicaux et vous aider à formuler vos souhaits. Certaines informations pourront cependant rester confidentielles et ne pas lui être communiquées par l'équipe hospitalière



Nom de naissance :
Nom Marital :
Prénom :
Date de naissance :

Attention :

- La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrivait quelque chose, si vous étiez hospitalisé(e) ou en cas de décès ;
- Sa mission ne concerne que votre santé.

Dans quel cas ne puis-je pas désigner une personne de confiance ?

Si vous êtes protégé par une mesure de tutelle, vous ne pouvez pas désigner une personne de confiance. En revanche, si vous avez désigné quelqu'un antérieurement à la mesure de tutelle, le juge des tutelles peut soit confirmer la mission de cette personne, soit révoquer sa désignation

Pour qu'une désignation de personne de confiance soit valable, cette dernière doit co-signer le formulaire de désignation. En effet, une personne de confiance désignée peut refuser de l'être.

Vous trouverez le formulaire de désignation de la personne de confiance en annexe de ce dossier. Il devra être remis au plus tard lors de votre entrée au sein de l'établissement.

COMPLEMENT D'INFORMATIONS

Séjours précédents en structure de soins :

- Cure
.....
.....
- Soin de suite (post cure)
.....
.....
- Hôpital spécialisé (CHS)
.....
.....
- Autres :
.....
.....



ASSOCIATION DU RENOUVEAU

31, rue Marceau – 21000 DIJON

Centre Marceau (SSRA) : Tél. : 03 80 28 85 51 - Fax : 03 80 70 14 81
CHRS / Pension de famille Vellerot / LHSS / Pension de famille HELP :
Tél. : 03 80 78 89 00 - Fax : 03 80 78 89 89

Nom de naissance :
Nom Marital :
Prénom :
Date de naissance :

Si demande LHSS :

- Démarches sociales en cours (addictions, santé, logements) :

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

- Projets / solutions envisagés à la sortie des LHSS :

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

Pour les demandes hors Centre Marceau: exposé de la situation sociale par le travailleur social référent:

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



ASSOCIATION DU RENOUEAU

31, rue Marceau – 21000 DIJON

Centre Marceau (SSRA) : Tél. : 03 80 28 85 51 - Fax : 03 80 70 14 81
CHRS / Pension de famille Vellerot / LHSS / Pension de famille HELP :
Tél. : 03 80 78 89 00 - Fax : 03 80 78 89 89

Nom de naissance :
Nom Marital :
Prénom :
Date de naissance :

Nom de naissance :
Nom Marital :
Prénom :
Date de naissance :

Annexe : Formulaire de désignation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

Je soussigné (e)
Nom et prénom : Né (e) le à

Désigne :

Nom et prénom : Né (e) le à

Qualité (lien avec la personne : époux (se), frère, sœur,....) :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Comme personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Fait à, le :

Signature :

co-signature de la personne de confiance :

- Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : oui non

- Je lui ai fait part de mes directives anticipées, telles que définies à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non

- Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait à, le

Signature :

co-signature de la personne de confiance :