

**ASSOCIATION DU RENOUVEAU**

31, rue Marceau – 21000 DIJON

SMRA : Tél. Marceau : 03 80 28 85 51

- Tél. Solal : 03 80 28 85 53 - Fax : 03 80 70 14 81

CHRS / Pensions de famille / Lits médicalisés :

Tél. : 03 80 78 89 00 - Fax : 03 80 78 89 89

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Date de naissance :

DOSSIER MÉDICAL 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)) :*Merci de privilégier l'envoi par
messagerie sécurisée.*

<input type="checkbox"/>	Centre Marceau (SMR-A)	✉	cssr@renouveau-asso.fr
		🔒	secretariat.centremarceau@bourgogne.mssante.fr
<input type="checkbox"/>	Unité Solal (SMR-A – troubles cognitifs complexes liés aux addictions)	✉	secretariat.solal@renouveau-asso.fr
		🔒	secretariat.solal@bourgogne.mssante.fr
<input type="checkbox"/>	Lits Médicalisés : LHSS (lits halte soins santé) et LAM (Lits d'Accueil Médicalisés)	✉	administration@renouveau-asso.fr
		🔒	secretariat.lhss.renouveau@bourgogne.mssante.fr
<input type="checkbox"/>	CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale)	✉	administration@renouveau-asso.fr
<input type="checkbox"/>	Pension de famille VELLEROT	✉	administration@renouveau-asso.fr
<input type="checkbox"/>	Pension de famille HELP	✉	administration@renouveau-asso.fr

TAMPON DU SERVICE OU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Fonction du signataire :

Date :

Signature :

Nom et adresse du médecin généraliste ou référent du patient :

.....

.....

.....

.....

Spécialistes éventuels (y compris psychiatres) :

.....

.....

.....

CADRE RÉSERVÉ 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

→ Condition de début :

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

→ Durée / mode :

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

→ Facteurs déclenchants :

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

→ Type de produits consommés :

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

→ Addiction et dépendances associées et prise en charge éventuelle (y compris en antécédent) :

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

→ Antécédents familiaux d'addictions et dépendances diverses :

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

→ Sevrages, cures et postcures antérieurs :

DATES	LIEUX



Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Date de naissance :

BILAN SOMATIQUE

→ Antécédents :

- Médicaux, chirurgicaux et traumatiques :

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

- Allergies connues, contre-indications médicamenteuses :

.....
.....

→ Éléments cliniques actuels :

- Taille :

- Poids :

- Régime alimentaire :

- Appareillage :

- Vaccinations :

- Allergies :

- Examen clinique :

.....
.....

→ Traitement somatique en cours :

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

Votre avis sur l'état général du patient :

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

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

→ Analyses biologiques :

- **Pour le CHRS** : fournir les résultats d'analyses biologiques

- **Pour le SMRA et les Lits Médicalisés** : fournir les résultats d'analyses biologiques de moins de 15 jours



ASSOCIATION DU RENOUVEAU

31, rue Marceau – 21000 DIJON

SMRA : Tél. Marceau : 03 80 28 85 51

- Tél. Solal : 03 80 28 85 53 - Fax : 03 80 70 14 81

CHRS / Pensions de famille / Lits médicalisés :

Tél. : 03 80 78 89 00 - Fax : 03 80 78 89 89

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Date de naissance :

BILAN PSYCHIATRIQUE

→ Antécédents psychiatrique (y compris les traitements psychotropes antérieurs) :

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

→ Symptômes actuels :

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

→ Diagnostic personnalité :

.....
.....

→ Diagnostic psychiatrique éventuel :

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

→ Tentative de suicide :

.....
.....

→ Risque suicidaire :

.....
.....

→ Troubles du comportement / violence :

.....
.....

→ Traitement psychiatrique en cours :

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

→ Suivi psychothérapique :

.....
.....

→ Hospitalisations en psychiatrie (dates, lieu, motif) :

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

Votre avis sur l'état psychiatrique du patient :

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

AUTONOMIE ET CAPACITÉS COGNITIVES

→ Autonomie

- Aide à la vie quotidienne :

	Indépendance	Supervision	Aide partielle	Aide totale
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement et locomotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élimination – continence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Capacité à exercer des activités :

→ Capacités cognitives

- Le patient présente-t-il des troubles cognitifs : Oui Non
 - ⇒ Si oui, transmettre une IRM cérébrale datant de moins de deux ans ou réalisée après l'apparition des troubles cognitifs (**merci de joindre une copie**)

- Une évaluation cognitive a-t-elle été réalisée (MoCA, BEARNI,...) : Oui Non
 - ⇒ Si oui, test de dépistage et score :

- Symptômes :

Désorientation spatiale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Désorientation temporelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles de l'attention	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles du comportement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles moteurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Syndrome dysexécutif	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

- Conclusion du dernier bilan cognitif réalisé (**merci de joindre une copie**) :
.....
.....

Votre avis sur l'état cognitif du patient :

.....



ASSOCIATION DU RENOUVEAU

31, rue Marceau – 21000 DIJON

SMRA : Tél. Marceau : 03 80 28 85 51

- Tél. Solal : 03 80 28 85 53 - Fax : 03 80 70 14 81

CHRS / Pensions de famille / Lits médicalisés :

Tél. : 03 80 78 89 00 - Fax : 03 80 78 89 89

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Date de naissance :

ÉVÈNEMENTS MÉDICO-LÉGAUX ET JUDICIAIRES

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

COMPLÉMENT 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 ?

.....
.....

→ Projets pensés pour la sortie ?

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

→ En cas de problèmes physiques ou psychiques incompatibles avec le maintien de votre patient au SMR-A, celui-ci peut-il être réadmis dans votre unité de soins ? Oui Non

⇒ Si non, dans quel établissement :

→ Date d'admission souhaitée :

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n° 2016/679/EU du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Si vous souhaitez exercer ces droits, veuillez-vous adresser à : Madame la Directrice Générale – Asso. Du Renouveau – 31 rue Marceau - 21000 DIJON

Fait le : Nom et fonction du signataire :

Signature :

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)) :

*Merci de privilégier l'envoi par
messagerie sécurisée.*

<input type="checkbox"/>	Centre Marceau (SMR-A)	✉	cssr@renouveau-asso.fr
		🔒	secretariat.centremarceau@bourgogne.mssante.fr
<input type="checkbox"/>	Unité Solal (SMR-A – troubles cognitifs complexes liés aux addictions)	✉	secretariat.solal@renouveau-asso.fr
		🔒	secretariat.solal@bourgogne.mssante.fr
<input type="checkbox"/>	Lits Médicalisés - LHSS (lits halte soins santé) et LAM (Lits d'Accueil Médicalisés)	✉	administration@renouveau-asso.fr
		🔒	secretariat.lhss.renouveau@bourgogne.mssante.fr
<input type="checkbox"/>	CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale)	✉	administration@renouveau-asso.fr
<input type="checkbox"/>	Pension de famille VELLEROT	✉	administration@renouveau-asso.fr
<input type="checkbox"/>	Pension de famille HELP	✉	administration@renouveau-asso.fr

Nom et fonction du travailleur social :

Coordonnées :

Tél : Fax :

Adresse électronique :

CADRE RÉSERVÉ À NOS SERVICES :

Date de réception :

Avis :

Entretien de préadmission :

Décision : Date :



ASSOCIATION DU RENOUVEAU

31, rue Marceau – 21000 DIJON

SMRA : Tél. Marceau : 03 80 28 85 51

- Tél. Solal : 03 80 28 85 53 - Fax : 03 80 70 14 81

CHRS / Pensions de famille / Lits médicalisés :

Tél. : 03 80 78 89 00 - Fax : 03 80 78 89 89

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 / ACS

→ 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'ÉTUDE :

- 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 :



ASSOCIATION DU RENOUVEAU

31, rue Marceau – 21000 DIJON

SMRA : Tél. Marceau : 03 80 28 85 51

- Tél. Solal : 03 80 28 85 53 - Fax : 03 80 70 14 81

CHRS / Pensions de famille / Lits médicalisés :

Tél. : 03 80 78 89 00 - Fax : 03 80 78 89 89

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Date de naissance :

LOGEMENT :

- Propriétaire Locataire Foyer Sans domicile fixe Chez un tiers

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

.....
.....

SITUATION CIVILE :

- Pleins droits Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice MASP

Noms et coordonnées du tuteur ou curateur légal :

.....
.....

Tél. : Fax : Mail :

- Suivi social et/ou éducatif

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

.....
.....

Tél. : Fax : Mail :

- Suivi judiciaire (SPIP) :

Personne à contacter :

.....
.....

Tél. : Fax : Mail :

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.

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Date de naissance :

- 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

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.

COMPLÉMENT 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

SMRA : Tél. Marceau : 03 80 28 85 51

- Tél. Solal : 03 80 28 85 53 - Fax : 03 80 70 14 81

CHRS / Pensions de famille / Lits médicalisés :

Tél. : 03 80 78 89 00 - Fax : 03 80 78 89 89

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Date de naissance :

SI DEMANDE Lits Médicalisés :

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

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

- Projets / solutions envisagés à la sortie des Lits Médicalisés :

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

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

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

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 :