



# ASSOCIATION DU RENOUVEAU

31, rue Marceau – 21000 DIJON

SMRA : 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 : .....

## 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 (SMR-A) [cssr@renouveau-asso.fr](mailto:cssr@renouveau-asso.fr)
- Unité Solal (SMR-A – troubles cognitifs complexes liés aux addictions) [secretariat.solal@renouveau-asso.fr](mailto:secretariat.solal@renouveau-asso.fr)
- CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale) [administration@renouveau-asso.fr](mailto:administration@renouveau-asso.fr)
- Pension de famille VELLEROT [administration@renouveau-asso.fr](mailto:administration@renouveau-asso.fr)
- LHSS (lits halte soins santé) [administration@renouveau-asso.fr](mailto:administration@renouveau-asso.fr)
- Pension de famille HELP [administration@renouveau-asso.fr](mailto: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 : .....

.....



## ASSOCIATION DU RENOUVEAU

31, rue Marceau – 21000 DIJON

SMRA : 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 : .....

## HISTORIQUE DE L'ADDICTION

➤ **Conditions de début :**

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

➤ **Durée / mode :**

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

➤ **Facteurs déclenchants :**

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

➤ **Type de produits consommés :**

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

➤ **Addictions et dépendances associées et prise en charge éventuelle (y compris en antécédent) :**

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

➤ **Antécédents familiaux d'addictions ou dépendances diverses :**

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

➤ **Sevrages, cures et postcures antérieurs :**

DATES	LIEUX



## ASSOCIATION DU RENOUVEAU

31, rue Marceau – 21000 DIJON

SMRA : 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 : .....

## BILAN SOMATIQUE

### ➤ Antécédents :

- Médicaux, chirurgicaux et traumatiques :

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

- Allergies connues, contre-indications médicamenteuses :

.....  
.....

### ➤ Eléments cliniques actuels :

- Taille : .....

- Poids : .....

- Régime alimentaire : .....

- Appareillage : .....

- Vaccinations : .....

- Examen clinique : .....

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

### ➤ Traitement somatique en cours :

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

### ➤ Eléments biologiques : fournir les doubles des résultats récents

### Votre avis sur l'état général du patient :

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

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



## ASSOCIATION DU RENOUVEAU

31, rue Marceau – 21000 DIJON

SMRA : 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 : .....

## BILAN PSYCHIATRIQUE

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

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

➤ **Symptômes actuels :**

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

➤ **Diagnostic personnalité :**

.....  
.....

➤ **Diagnostic psychiatrique éventuel :**

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

➤ **Tentatives 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 :**

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



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

**AUTONOMIE ET CAPACITES 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"/>
Elimination – 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, disposez-vous d'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. : 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 : .....

## 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 ?**

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

➤ **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 :



## ASSOCIATION DU RENOUVEAU

31, rue Marceau – 21000 DIJON

SMRA : 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 : .....

# 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)) :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Centre Marceau (SMRA)  | <a href="mailto:cssr@renouveau-asso.fr">cssr@renouveau-asso.fr</a>                           |
| <input type="checkbox"/> Unité Solal (SMR-A – troubles cognitifs complexes liés aux addictions) | <a href="mailto:secretariat.solal@renouveau-asso.fr">secretariat.solal@renouveau-asso.fr</a> |
| <input type="checkbox"/> CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale)                  | <a href="mailto:administration@renouveau-asso.fr">administration@renouveau-asso.fr</a>       |
| <input type="checkbox"/> Pension de famille VELLEROT  | <a href="mailto:administration@renouveau-asso.fr">administration@renouveau-asso.fr</a>       |
| <input type="checkbox"/> LHSS (lits halte soins santé)  | <a href="mailto:administration@renouveau-asso.fr">administration@renouveau-asso.fr</a>       |
| <input type="checkbox"/> Pension de famille HELP  | <a href="mailto:administration@renouveau-asso.fr">administration@renouveau-asso.fr</a>       |

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 : .....



## ASSOCIATION DU RENOUVEAU

31, rue Marceau – 21000 DIJON

SMRA : 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 : .....

### 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 : .....





## ASSOCIATION DU RENOUVEAU

31, rue Marceau – 21000 DIJON

SMRA : 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 : .....

## 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 : .....



## ASSOCIATION DU RENOUVEAU

31, rue Marceau – 21000 DIJON

SMRA : 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 : .....

### 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     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 .....

#### 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.
- 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.



## ASSOCIATION DU RENOUVEAU

31, rue Marceau – 21000 DIJON

SMRA : 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 : .....

### **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.

## 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

SMRA : 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 RENOUVEAU

31, rue Marceau – 21000 DIJON

SMRA : 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 : .....

### **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 :