



## Dossier Médical d'ADMISSION

### *Patient*

NOM :

Prénom :

Né (e) le :

### *Professionnel adressant*

Médecin traitant

Psychiatre Référent

Autre

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Portable :

Mail :

Cher Confrère, Chère Consoeur,

Afin de faciliter l'admission du patient que vous souhaitez nous adresser, dans le but d'améliorer la pertinence et la qualité de sa prise en charge, l'équipe médicale a élaboré un dossier médical type qui comprend toutes les données utiles et nécessaires à ses soins.

Ce dossier comprend 5 volets

Les pièces jointes (résultats des derniers examens etc.) permettront d'éviter des RV médicaux inutiles et de participer aux économies de santé.

Nous savons la charge de travail qui repose sur vos épaules, mais ce dossier facilite l'admission de votre patient et permet d'accélérer son accueil.

Ce dossier-type sert de guide à votre demande qui figurera dans notre observation initiale et sera versée au dossier du patient.

Nous vous remercions donc de renseigner rigoureusement ce dossier, soit à la main, soit en utilisant la fonction Texte dans Aperçu .pdf, soit en utilisant un document word (ou équivalent) qui suit une trame identique.

Merci de nous l'adresser par courrier ou par mail à :

Clinique de Saumery  
37 rue de Saumery  
41350 Huisseau sur Cosson

T : 02 54 51 28 28  
F : 02 54 51 28 29  
[contact@saumery.fr](mailto:contact@saumery.fr)

Maison d'Artémis  
78<sup>bis</sup> rue du Foix  
41000 BLOIS

Téléphone : 02.54.78.44.07  
Fax : 02.54.78.53.53  
[contact@maisondartemis.fr](mailto:contact@maisondartemis.fr)

En vous remerciant pour votre compréhension, l'équipe médicale vous adresse ses sincères salutations confraternelles.

# DOSSIER MEDICAL

## VOLET 1 — REFERENTS MEDICAUX

### MEDECIN TRAITANT (déclaré à la sécurité sociale)

Dr (NOM Prénom).....

Adresse.....

.....

Tel..... Mail.....

### SPECIALISTES

Spécialité 1° ..... Dr..... Tel.....

Spécialité 2° ..... Dr..... Tel.....

Spécialité 3° ..... Dr..... Tel.....

### PSYCHIATRES / PEDOPSYCHIATRES / PSYCHOLOGUE / PSYCHOTHERAPEUTE

1 ..... Tel.....

..... Mail.....

2 ..... Tel.....

..... Mail.....

3 ..... Tel.....

..... Mail.....

### SERVICE PSYCHIATRIQUE de SECTEUR ou INTERSECTEUR de PSYCHIATRIE INFANTOJUVENILE

CMP ..... Tel.....

.....

HDJ, CATTp, ..... Tel.....

FOYER ... ..... Tel.....

SERVICE ..... Tel.....

HOSPITALIER ..... Tel.....

### PHARMACIE d'OFFICINE

NOM : ..... Tel.....

Fax..... Mail.....

## VOLET 2 — DOSSIER SOMATIQUE

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

Date de naissance : ..... Taille : ..... Poids : .....

Date à laquelle ce document est complété par votre médecin : .....

**Médecin :** cachet et signature

**Allergie(s) connue(s) :**

**Facteurs de risques somatiques :**

- Immunodépression connue (greffe, cancer, diabète, déficit immunitaire...)
  - Trouble métabolique, endocrinien
  - Trouble nutritionnel
  - Affection somatique chronique
  - Affection douloureuse significative, actuelle ou passée
  - Autres : précisez.....

**Antécédents médicaux :**

**Antécédents chirurgicaux :**

**Antécédents gynéco-obstétricaux :**

**Contraception actuelle :**

**Pathologies actuelles :**

**Traitement somatique en cours (joindre copie des ordonnances) :**

**Soins paramédicaux en cours : type et fréquence**

Kinésithérapie    Orthophonie    Psychomotricité    Ergothérapie    Rééducation    Autre

.....

Faut-il prévoir de poursuivre ces soins durant le séjour à la Clinique ?       Oui       Non

- Copie du dernier bilan biologique (dont Prolactine, thyroïde et sérologies)
- Copies des résultats des derniers examens complémentaires réalisés (Radios, ECG, IRM, EEG...)
- Copie du carnet de vaccinations

**Note d'information destinée aux parents d'adolescents de 11 à 17 ans**

Notre établissement est engagé dans la lutte contre les infections nosocomiales. Compte tenu de la recrudescence d'infections liées à l'abandon de la vaccination, nous recommandons vivement les mesures préventives suivantes. Si votre enfant est hospitalisé dans l'Unité Soins Intégration Scolaire, vous devrez vous munir des **justificatifs de vaccinations à jour** contre :

- l'hépatite B.
- le méningocoque C
- le tétanos
- la coqueluche
- la rougeole

Vous pouvez vous adresser à votre médecin traitant pour avoir ces informations. Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

## VOLET 3 — DOSSIER PSYCHIATRIQUE

### Antécédents psychiatriques familiaux

### Antécédents psychiatriques personnels

### Événements significatifs depuis la naissance

(Troubles du comportement, difficultés scolaires, camsp, suivi pédopsychiatrique, placement, IME, ITEP...)

### Histoire récente de la maladie

### Situations à risque psychiatrique

- Fugues
- Idées et/ou comportements suicidaires
- Mésusages et addictions (toxiques et comportements)
- Désocialisation (scolaire, professionnelle, familiale, amicale)
- Relation d'emprise, perte du sens critique
- Négligences, maltraitements et abus (sexuels, physiques, émotionnels)
- Autres .....

**Bilans déjà réalisés** (EEG, IRM, psychologiques, neuro-psychologiques, orthophonie, psychomotricité...)

**Traitements en cours**

**Surveillances particulières** (NFS, traitements, injections...)

**Projets attendus**

**Devenir et suivi à la sortie**

**Référents psychiatriques**

(Psychiatre, psychologue, IDE...)

**Médecin Psychiatre : cachet et signature**

## Volet 4 — CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE

Madame, Monsieur, chère consœur, cher confrère,

La clinique étant un lieu ouvert, certains patients rencontrent parfois des difficultés de contenance. Les changements d'espace, de lieu, de référents peuvent mobiliser des réactions qui doivent être accompagnées et retravaillées par un retour rapide au sein de leur unité d'origine.

De temps à autre, nous rencontrons des situations complexes qui ne trouvent pas de relais rapide. Ne souhaitant pas solliciter l'équipe de psychiatrie de Blois pour prendre en charge un patient ne relevant pas de son secteur, nous vous remercions pour votre compréhension à signer les engagements suivants :

### ENGAGEMENT MEDICAL

Je soussigné (e) Dr .....  
M'engage à poursuivre la prise en charge thérapeutique et à ré-accueillir  
Mme, M.....  
Au sein de l'unité.....  
Après son séjour à la clinique de Saumery ou en urgence et en cas de difficultés.

Fait à

Date

Signature

Tampon

### ENGAGEMENT DU CADRE DE SANTE

Je soussigné (e) Mme, M.....  
Cadre de santé de.....  
M'engage à faciliter et organiser, (transport et accueil)  
y compris en urgence, le retour de Mme M.....  
au sein de l'unité.....

Fait à

Date

Signature

Tampon



## Volet 5 - TRANSPORTS

Nous vous remercions d'indiquer le mode de transport envisagé pour les déplacements de votre patient :

Mode de Transport	Aller	Retour
Véhicule particulier		
Train		
Famille		
Accompagnement équipe		
Transport sanitaire *		

\* Au-delà de 150 kms, une demande d'entente préalable de transport sanitaire doit être adressée au médecin conseil de la CPAM (délai de réponse 15 jours).



**Demander une possibilité de prise en charge transport en urgence.**

**Si refus CPAM, engagement écrit de la part de l'équipe à accompagner le patient pour AR et venir le chercher en urgence (voir ci-avant)**

Merci d'indiquer les coordonnées de la société de transport sanitaire avec laquelle vous avez l'habitude de travailler :

### SOCIETE DE TRANSPORTS SANITAIRES

<b>NOM de la Société</b>	<b>Adresse</b> ..... ..... .....	
<b>Responsable</b>	<b>Tel</b> .....	<b>Mail</b> .....
	<b>Fax</b> .....	