



Demande d'admission La Thébaudais
Hospitalisation complète
Centre de Soins Post-Aigus (CeSPA)

Demande à envoyer par messagerie sécurisée : secretariat.esc-the@ugecam-brpl.mssante.fr
ou par courrier

Date de la demande :

PATIENT

Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Sexe : ☐ F ☐ M Nationalité :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : E-mail :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE NECESSITE

☐ Oui ☐ Non

Si oui, coordonnées :
.....

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Organisme Sécurité Sociale :

Matricule :

Droits ALD ouverts jusqu'au :

Ressources : ☐ Oui ☐ Non Fin de droit

☐ Salaires

☐ AAH

☐ RSA

☐ Autres :

Paiement du Forfait Hospitalier

☐ Mutuelle payante

☐ Complémentaire Santé Solidaire

☐ Avec participation ☐ Sans participation

Protection des biens ☐ Oui ☐ Non

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre

Orientation MDPH/MDA ☐ Oui ☐ Non

Lesquelles :

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

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

Situation familiale :

	Nom	Prénom	Date de naissance	Profession
Père				
Mère				
Fratrie				
				
				
				

Le retour dans la famille est-il possible ? ☐ Oui ☐ Non

Logement disponible ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Antécédents réhabilitation

Nom de l'établissement	Ville / Département	Période (début et fin)
.....		
.....		

Autres projets en cours

En dehors du CeSPA de la Thébaudais y a-t-il d'autres projets envisagés ?

Formation professionnelle ☐ Oui ☐ Non Foyer d'hébergement : ☐ Oui ☐ Non

Autres institutions ☐ Oui ☐ Non Précisez :

REFERENTS MEDICAL/SOCIAL

Hospitalisation en cours : ☐ Oui ☐ Non Si OUI, depuis quelle date :

Etablissement hospitalier : Service : Adresse : Tél : Nom du médecin psychiatre :	Médecin traitant : Adresse : Tél : Assistant social : Mail : Tél :
---	--

FORMATION – EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

.....

.....

.....

.....

.....

VIE SOCIALE ET AUTONOMIE

.....

.....

.....

.....

.....

OBJECTIFS

Projet de réhabilitation de l'intéressé

.....

.....

.....

.....

Objectifs de l'équipe soignante

.....

.....

.....

.....

Documents à joindre avec la demande d'admission

- ☐ Copie de la carte d'identité
- ☐ Attestation de sécurité sociale
- ☐ Copie de la carte de mutuelle
- ☐ 1 photo d'identité
- ☐ Ordonnance de traitement en cours

Documents à joindre en cas d'admission

- ☐ Attestation d'assurance responsabilité civile
- ☐ Notification de mesure de protection
- ☐ Notification Mdp, Rsa ou pension invalidité
- ☐ Règlement intérieur signé
- ☐ Bulletin de sortie si hospitalisation
- ☐ Copie du carnet de vaccination
- ☐ ECG avec interprétation
- ☐ Fiche de liaison infirmier
- ☐ Bilan biologique sanguin (NFS, créatinine, ionogramme)
- ☐ Bilan lipidique (triglycérides, cholestérol : HDL/LDL)
- ☐ Bilan glucidique (glycémie à jeun)
- ☐ Certificat de non contre-indication à la pratique d'activité physique adaptée

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Toute situation aigüe, états limites ou risque suicidaire élevé ne peut faire l'objet d'une demande d'admission en hospitalisation complète

Symptomatologie actuelle et diagnostic

Motif de la demande

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Date : Cachet et signature du médecin