

# DEMANDE D'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE ÂGÉE

Merci de renvoyer cette demande dûment complétée au service des préadmissions



HC  HDJ

Adjointe Bed Manager : **Mme Alexie METELLUS**  
(Pré-admissions / Gestion des lits)

Ligne directe : **0263 00 12 50**

À retourner par mail :

**admission@clinique-flamboyants-est.fr** ou **fle.gdl@glf.mssante.fr** (messagerie sécurisée)

La demande d'hospitalisation permet à notre équipe de compléter le dossier médical du patient et de lui assurer une prise en charge optimale. Afin de réduire le temps de traitement de la demande, il est important que le médecin prescripteur complète **en totalité** le document.

## INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE PATIENT

Nom et prénoms : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....

N° Tél. : ..... E-mail : .....

Adresse : .....

N° Sécurité Sociale : ..... Mutuelle : .....

CSS :  oui  non ALD :  oui  non  en cours Affection : .....

## SITUATION SOCIALE

Personne sous protection juridique :  oui  non  curatelle  tutelle  en cours

Si oui : Identité du responsable légal : .....

Coordonnées du responsable légal : .....

Personne à prévenir (nom + téléphone) : .....

Le patient vit seul :  oui  non Si non, préciser avec qui : .....

Aidant familial :  oui  non Si oui, préciser les coordonnées : .....

appartement  maison  adapté au patient  présence escalier

douche italienne  baignoire  aménagement à prévoir : .....

Projet de sortie à envisager :  retour au domicile envisageable  placement en famille d'accueil  EHPAD

structure médico-sociale  autre, préciser : .....

Ressource financière :  AAH  pension de retraite

minimum vieillesse

Dossier MPDH en cours :  oui  non

Chambre seule :  oui  non

Aide à domicile :  oui  non

Portage de repas à domicile :  oui  non

Médecin traitant (coordonnées) : .....

IDE libéral(e) (coordonnées) : ..... Pharmacie habituelle : .....

## SITUATION PSYCHIATRIQUE

Motif de la demande d'hospitalisation

Histoire de la Maladie et état actuel du patient (date d'apparition des symptômes)

Antécédents psychiatriques (personnels et familiaux)

Retentissement sur son entourage

Existe-t-il des troubles du comportement (agressivité, etc.) ?

oui  non

Si oui, lesquels : .....

.....

Existe-t-il des risques de fugue ?

oui  non

Existe-t-il une prise en charge psychiatrique ambulatoire ?

oui  non

Si oui, lesquels : .....

.....

## SITUATION SOMATIQUE

*\*Important : Si oui, merci de joindre le protocole correspondant*

Toxique  oui  non : .....

Allergie  oui  non : .....

Cardio-vasculaire  oui  non : .....

Pulmonaire  oui  non : .....

Diabète  oui  non : .....

Nutrition  oui  non : .....

Oxygène  oui  non : .....

Poids : ..... Taille : ..... IMC : .....

Antécédents médicaux

Antécédents chirurgicaux / anesthésiques

Handicap particulier

surdité

Si oui, appareillé :  oui  non

déficient visuel

Si oui, appareillé :  oui  non

mobilité

Si oui :  fauteuil roulant

autre : .....

## INFORMATIONS PARAMÉDICALES

### Évaluation de l'autonomie

<b>HABILLAGE</b>	<b>Autonome</b> <input type="checkbox"/> S'habille et déshabille seule(e)	<b>Supervision</b> <input type="checkbox"/> Requiert une présence pour habillage	<b>Aide partielle</b> <input type="checkbox"/> Aide partielle pour habillage haut bas	<b>Assistance totale</b> <input type="checkbox"/> Aide totale pour habillage haut bas
<b>HYGIÈNE CORPORELLE</b>	<b>Autonome</b> <input type="checkbox"/> Toilette seul(e)	<b>Supervision</b> <input type="checkbox"/> Requiert une présence pour la toilette	<b>Aide partielle</b> <input type="checkbox"/> Aide partielle pour la toilette	<b>Assistance totale</b> <input type="checkbox"/> Aide totale pour la toilette
<b>DÉPLACEMENT</b>	<b>Autonome</b> <input type="checkbox"/> Déplacements et transferts seul(e)	<b>Supervision</b> <input type="checkbox"/> Requiert une présence pour les déplacements	<b>Aide partielle</b> <input type="checkbox"/> Aide partielle pour transfert / déplacement	<b>Assistance totale</b> <input type="checkbox"/> Aide totale pour transfert / déplacement
<b>ALIMENTATION</b>	<b>Autonome</b> <input type="checkbox"/> Mange et boit seul(e)	<b>Supervision</b> <input type="checkbox"/> Aide pour couper la viande / verser un liquide	<b>Aide partielle</b> <input type="checkbox"/> Assistance partielle pour s'alimenter / boire	<b>Assistance totale</b> <input type="checkbox"/> Assistance totale pour s'alimenter / boire
<b>CONTINENCE</b>	<b>Autonome</b> <input type="checkbox"/> Contrôle complet	<b>Supervision</b> <input type="checkbox"/> Incontinence exceptionnelle (< 1 x / sem)	<b>Aide partielle</b> <input type="checkbox"/> Incontinence occasionnelle (< 1x / jour)	<b>Assistance totale</b> <input type="checkbox"/> Incontinence complète
<b>COMPORTEMENT</b>	<b>Autonome</b> <input type="checkbox"/> Comportement approprié	<b>Supervision</b> <input type="checkbox"/> Surveillance lors de situations inhabituelles	<b>Aide partielle</b> <input type="checkbox"/> Conduite inappropriée une partie du temps	<b>Assistance totale</b> <input type="checkbox"/> Conduite inappropriée le plus souvent MMS : .....
<b>COMMUNICATION</b>	<b>Autonome</b> <input type="checkbox"/> Comprend et s'exprime normalement	<b>Supervision</b> <input type="checkbox"/> Requiert parfois une aide pour communiquer	<b>Aide partielle</b> <input type="checkbox"/> Requiert souvent une aide pour communiquer	<b>Assistance totale</b> <input type="checkbox"/> Aphasique / s'exprime de façon inappropriée

**Adhésion aux soins :**  **Toujours**  **Souvent**  **Parfois**  **Rarement**

#### Soins en cours :

- Escarre(s)                      Sondage     à demeure                      Pansement(s)  Nombre : .....  
 Trachéotomie                       évacuateur                       localisation : .....  
 Stomie  
 Trouble de la déglutition,  
 précisez texture : .....  
 Régime,  
 précisez : .....     Nutrition parentérale    Nutrition par sonde :     SNG     GPE

#### DIRECTIVES ANTICIPÉES RÉDIGÉES :

oui     non

#### EXAMENS COMPLÉMENTAIRES RÉCENTS (MOINS DE 5 MOIS) :

**IMPORTANT : JOINDRE LES COPIES**

Bilan sanguin :  oui     non                      Consultation cardio :  oui     non

ECG : .....

Bilan cognitif :  oui     non

#### TRAITEMENTS EN COURS

##### Somatiques

##### Psychiatriques

### MÉDECIN DEMANDEUR

Nom : .....

Prénom : .....

Spécialité :  Psychiatrie  
 Gériatrie  
 Médecin généraliste

Le : ...../...../.....

Signature (manuscrite) :

### ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR

Etablissement : .....

Service : .....

Téléphone : .....

Fax : .....

E-mail : .....

Entrée souhaitée le : ...../...../.....

### CONSENTEMENT DU PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Le : ...../...../.....

Signature (manuscrite) :

La demande d'admission peut avoir pour objectif de réaliser un bilan cognitif afin d'effectuer à la clinique un diagnostic différentiel dans le cadre d'une hospitalisation.

Le cas échéant, un contrat pourra être mis en place entre l'établissement adresseur et la clinique.

### PIÈCES À FOURNIR LORS DE L'ENTRÉE

- Pièce d'identité
- Carte vitale et attestation de carte vitale
- Carte ou attestation de mutuelle
- Attestation de CSS si le patient en est bénéficiaire
- Protocole Affection Longue Durée (ALD) si concerné
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Chèque de caution non encaissé
- Lettre de liaison (compte-rendu d'hospitalisation)
- Les examens récents (bilans biologiques et radiologiques)
- Ordonnances médicales pour vos traitements en cours
- Mesure de protection si concerné
- Orientation MDPH

## **THÉRAPIE INSTITUTIONNELLE**

La Clinique Les Flamboyants Est a pour objectif de rétablir le lien social et de redynamiser le patient. Le projet thérapeutique associe la psychothérapie individuelle, aux groupes et activités thérapeutiques. Ce programme assure une prise en charge continue, adaptée à la maladie et à son évolution.

## **UN PROJET THÉRAPEUTIQUE ADAPTÉ - CONTRAT THÉRAPEUTIQUE**

Aux Flamboyants, un contrat thérapeutique est passé entre le patient et son médecin. Ce contrat fixe un cadre thérapeutique et responsabilise le patient dans une démarche de soins qui est libre, consentie et volontaire.

## **UNE UNITÉ DE NEUROSTIMULATION BASÉE AUX FLAMBOYANTS OUEST**

### **L'Electro Convulsivo Thérapie (ECT) ou sismothérapie**

La sismothérapie est une technique utilisée pour des patients atteints de certaines maladies réfractaires aux traitements médicamenteux de première intention. La clinique Les Flamboyants Ouest est le seul établissement de La Réunion à disposer d'un plateau technique de ce type.

### **La Stimulation Magnétique Transcrannienne répétitive (rTMS)**

La Stimulation Magnétique Transcrannienne répétitive consiste à délivrer des impulsions magnétiques intenses par un électroaimant puissant placé à la surface du crâne. Cette méthode non invasive ne nécessite pas d'anesthésie et n'est pas douloureuse. Elle est principalement indiquée pour le traitement des formes de dépression résistante aux traitements antidépresseurs habituels, chez les personnes adultes.

## **NOS ACTIVITÉS THÉRAPEUTIQUES**

Le patient pourra en fonction de ses objectifs de soins et des conseils de l'équipe soignante, participer aux activités thérapeutiques qui peuvent avoir lieu à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement.

### **La psychothérapie individuelle**

Les psychiatres reçoivent les patients, selon leurs objectifs pour des séances de psychothérapie individuelle. Chaque patient a un psychiatre référent qui le suit tout au long de sa prise en charge.

### **Les groupes thérapeutiques**

Les Flamboyants proposent dans leur prise en charge des thérapies de groupe. Ces réunions permettent aux patients d'échanger sur des thèmes proposés par l'équipe : groupe d'affirmation de soi, de thérapie cognitive, de résolution de problèmes, groupe famille, groupe social...

### **UN TRAVAIL D'ÉQUIPE**

Nos équipes pluridisciplinaires sont composées de psychiatres, psychologues, neuropsychologues, art-thérapeutes, enseignants en activité physique adaptée, infirmiers, aides-soignants, diététiciens et assistantes sociales formés à la prise en charge de ces troubles psychiques. Les cliniques proposent une prise en charge individualisée basée sur un contrat libre, consenti et volontaire du patient.