

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 déficient visuel mobilité

Si oui, appareillé : oui non Si oui, appareillé : oui non Si oui : fauteuil roulant

autre :

INFORMATIONS PARAMÉDICALES

Évaluation de l'autonomie

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