

DEMANDE D'HOSPITALISATION À TEMPS COMPLET

(cocher selon le ou les établissement(s) souhaité(s))



- ADOLESCENT 12-17 ANS
- JEUNE MAJEUR 18-25 ANS
- ADULTE + 25 ANS

- Unité d'électroconvulsivothérapie (ECT)
- rTMS

Ligne directe préadmission/gestion des lits : 02 62 70 33 15
admission@clinique-flamboyants.fr ou
flo.gdl@glf.mssante.fr



- ADOLESCENT 12-17 ANS
- JEUNE MAJEUR 18-25 ANS
- ADULTE + 25 ANS

Ligne directe préadmission/gestion des lits : 02 62 70 19 03
admission@clinique-flamboyants-sud.fr ou
fls.gdl@glf.mssante.fr



- ADOLESCENT 12-17 ANS
- JEUNE MAJEUR 18-25 ANS
- ADULTE + 25 ANS
- GERONTOPSYCHIATRIE 65 ANS et +

Ligne directe préadmission/gestion des lits : 02 63 00 12 50
admission@clinique-flamboyants-est.fr ou
fle.gdl@glf.mssante.fr



INFORMATIONS / PRÉ-REQUIS

- ⚠ Toute demande incomplète occasionnera une durée de traitement plus longue
- ⚠ Patient (ou représentants légaux) en accord avec l'hospitalisation
- ⚠ Le patient doit être à jour de ses droits AMO/AMC le jour de son admission.

Chambre particulière souhaitée (selon disponibilité et prise en charge AMO/AMC) ?

- OUI
- NON

DONNÉES ADMINISTRATIVES

NOM : Prénoms :
Date de naissance : __/__/____
Adresse postale:
N° téléphone : Fixe : __/__/__/__/__ Portable : __/__/__/__/__
Adresse mail :
N° SS : Mutuelle.....
CSS NON OUI
ALD NON OUI EN COURS Affection :

Patient MINEUR : Représentants légaux

<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
Nom, Prénom :	Nom, Prénom :
Adresse postale:	Adresse postale:
Mail :	Mail :
Téléphone : __/__/__/__/__	Téléphone : __/__/__/__/__

Suivi médical en cours :

Médecin traitant : Dr Coordonnées :
Infirmier(e) libéral : Coordonnées :
Psychiatre traitant : Dr Coordonnées :
Autre suivi psychiatrique ambulatoire (Préciser) :

Suivi social en cours :

Personne sous protection juridique NON OUI
Si OUI : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice En cours ASE
Identité et coordonnées du responsable légal :
.....
Le patient vit seul OUI NON Si non, avec qui ?
Situation professionnelle / Scolaire :
Projet de sortie envisagé : Retour à domicile Placement en Famille d'Accueil EHPAD
 Autre (Préciser) :
Démarches sociales en cours NON OUI Préciser :
Dossier MDPH en cours OUI NON
Aidant familial ou autre personne ressource :
Coordonnées :

DONNÉES MÉDICALES

Situation psychiatrique *ou joindre un compte-rendu*

Motif de la demande d'hospitalisation

Histoire de la maladie et état actuel patient

Antécédents psychiatriques

Risque de troubles du comportement : OUI NON

Lesquels ?

Risque suicidaire OUI NON Antécédents de TS : OUI NON

Risque de fugue OUI NON

Conduites addictives OUI NON, Si oui, le(s)quelle(s) :

Situation somatique *ou joindre un compte-rendu*

Antécédents médicaux / chirurgicaux

Problème de santé en cours :

Cardio-vasculaire NON OUI :

Pulmonaire NON OUI :

Diabète/endocrino NON OUI :

Allergies NON OUI :

Autres (Préciser) NON OUI :

Examens complémentaires récents :

Bilan biologique Consultation spécialisée (préciser) :

ECG Bilan cognitif Autre :

État nutritionnel :

Poids : Taille : IMC :

Régime alimentaire spécifique NON OUI (préciser) :

Trouble de la déglutition : NON OUI Texture adaptée (préciser) :

Nutrition entérale SNG GPE Protocole :

Nutrition parentérale Protocole :

Traitements en cours (somatique et psychiatrique) ou joindre la (es) dernière(s) ordonnance(s) :

Soins en cours :

Escarre(s) Trachéotomie Stomie Sondage à demeure Sondage évacuateur

Pansements (localisation et protocole) :

Évaluation de l'autonomie

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

Patient(e) porteur de handicap :

Déficience auditive Si oui, appareillé : OUI NON

Déficience visuelle Si oui, appareillé : OUI NON

Déficience motrice Si oui, appareillé : OUI NON

OUI NON Préciser :

Le patient a-t-il rédigé des directives anticipées (à transmettre à l'admission) ? OUI NON

Le patient a-t-il rédigé des directives anticipées en psychiatrie (ou plan de prévention partagé, plan de protection) ? OUI NON

MEDECIN / SERVICE DEMANDEUR

Tampon et Signature (manuscrite) :

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

OU

Nom, Prénom : Dr

Établissement :

Service : Téléphone : __/__/__/__/__

Spécialité : Psychiatrie Pédopsychiatrie Médecine générale Autre : Préciser :

Patient (ou représentants légaux) en accord avec l'hospitalisation OUI NON

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

Pour les patients mineurs :

- Pièce d'identité du mineur
- Pièce d'identité du/des titulaires de l'autorité parentale
- Copie du livret de famille
- En cas de litige, le jugement du tribunal notifiant l'autorité parentale
- Si mineur émancipé : notification de décision
- Si mineur placé : le justificatif ou la notification de l'ASE
- Carnet de santé
- Autorisation parentale (qui vous sera transmis ultérieurement)



Clinique
Les Flamboyants Ouest



Clinique
Les Flamboyants Sud



Clinique
Les Flamboyants Est