

Date de diffusion
21/07/2025

Nature des modifications :
Référencement

**CENTRE EXPERT CORREZIEN DE REHABILITATION ET
REMIEDIATION COGNITIVE**

Centre de réhabilitation psychosociale
Centre Hospitalier d'Eygurande

CENTRE DE JOUR VAL HORIZON

HOSPITALISATION COMPLETE L'ESCALE

LES APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES DE SEMAINE

DOSSIER DE PREADMISSION

*Les renseignements demandés dans ce dossier sont strictement confidentiels.
Ils ne seront communiqués qu'au personnel autorisé et soumis au secret professionnel.*

Date de la demande :

Dossier à adresser à :

Pôle de réhabilitation psychosociale

**49 bis, rue Emile Pagnon
19100 BRIVE**

**Tél. : 05 55 18 05 80
Fax : 05 55 18 05 89**

Mail secrétariat : smedical.brive@cheygurande.mssante.fr

Page de dépôt : <https://bluefiles.com/chdupaysdeygurande/smedical.brive>

Partie réservée au pôle RPS :

N° Dossier :

Pôle de réhabilitation psychosociale
Centre Hospitalier d'Eygurande

ETAT CIVIL ET PROVENANCE

1 - ETAT CIVIL

(* Merci de joindre une copie de la carte d'identité)

NOM :

Prénom :

Sexe : F ☐ M ☐

Nationalité :

Date et lieu de naissance :

Adresse personnelle :

Tél :

Adresse e-mail :

Situation professionnelle :

Situation familiale :

Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Vie maritale ☐ PACS ☐

Nombre d'enfants :

2 - PROVENANCE

Nom et adresse du service adresseur :

.....

.....

Nom du Cadre de Santé :

Tél :

Mail :

PROJET / OBJECTIFS DE L'INTERESSE(E) :

This image shows a full page of white paper with horizontal blue dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the entire width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the paper.

NOM : _____ Prénom : _____

Pôle de réhabilitation psychosociale
Centre Hospitalier d'Eygurande

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

1 - PROTECTION SOCIALE

Sécurité Sociale

*Caisse :

Adresse :
.....

N° d'immatriculation :

** (Merci de joindre l'attestation de droits ouverts)*

Coordonnées du médecin généraliste :
.....

ALD Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

Si oui jusqu'au :

Carte d'invalidité : Oui ☐ Non ☐

Organisme complémentaire

CSS Oui ☐ Non ☐ Si oui jusqu'au ?

*Mutuelle Oui ☐ Non ☐ Si oui jusqu'au ?.....

Prise en charge du forfait journalier : Oui ☐ Non ☐ Si oui jusqu'au :

** (Merci de joindre l'attestation de prise en charge)*

Nom et signature du professionnel :

2 - MESURE DE PROTECTION

Aucune ☐

MASP ☐

Sauvegarde ☐

Curatelle ☐

Tutelle ☐

Confiée à :

Existe-t-il une obligation de soins ? Oui ☐ Non ☐

3 – RESSOURCES

Salaire ☐

Pension d'invalidité ☐

Indemnités journalières ☐

AAH ☐

RSA ☐

Autres ☐

Aucune ☐

Allocation chômage ☐

Lesquelles :

Pension alimentaire ☐

Aide au logement

.....

4 - TRAVAILLEURS SOCIAUX INTERVENANT ET COORDONNEES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5 - DEMARCHES ADMINISTRATIVES EN COURS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6 - EXISTE-T-IL D'AUTRES ELEMENTS DU CONTEXTE SOCIAL A PRENDRE EN COMPTE ?

(Surendettement, divorce en cours, contexte familial...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

[illegible]

Nom et Signature du travailleur social :

NOM : _____ Prénom : _____

Pôle de réhabilitation psychosociale
Centre Hospitalier d'Eygurande

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Dossier établi par le Docteur

1 - PRISE EN CHARGE ACTUELLE

HL	☐	CMP	☐	Aucun suivi	☐
SPDT	☐	Hôpital de jour	☐	Autre	☐
SDRE	☐	CATTP	☐	Précisez :	

2 - OBSERVATIONS PSYCHIATRIQUES

- Histoire de la maladie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Situation clinique :

.....

.....

.....

.....

.....

- Objectifs de la demande :

.....

.....

.....

.....

.....

3 - DIAGNOSTICS - CIM 10 - Addictions

-
-
-
-
-
-

4 – TRAITEMENT (Joindre la dernière ordonnance SVP)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5 – ETAT DE SANTE SOMATIQUE, suivi spécialisé autre que psychiatrique

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dossier établi par le Docteur

Date :

Signature

6 - RESUME DE SOINS INFIRMIERS ET/OU EDUCATEURS

This image shows a full page of a document template designed for handwriting practice or general writing. It consists of approximately 28 evenly spaced, horizontal blue dotted lines running across the width of the page. The background is plain white, providing a clear contrast for the lines. There are no margins, text, or other markings present on the page.

Nom et signature du professionnel :

7- COMPTE RENDU PSYCHOLOGIQUE

Anamnèse, compte-rendu des examens psychométriques (tests de niveau, tests de personnalité)

This image shows a full page of white paper with horizontal blue dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

Nom et signature du professionnel :

NOM : _____ Prénom _____

Pôle de réhabilitation psychosociale
Centre Hospitalier d'Eygurande

FICHE FORMATION / REINSERTION PROFESSIONNELLE

1 - PARCOURS SCOLAIRE :

Diplômes/formations :

.....

.....

.....

.....

.....

2 – EXPERIENCES PROFESSIONNELLES :

Employeurs	Travaux effectués	Fonction dans l'emploi	Dates	Durée

3- SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE :

CDD ☐

CDI ☐

Chômage ☐

Sans activité ☐

Autre ☐

Précisez si besoin :

Nom et signature du professionnel :