

Date de diffusion
21/07/2025

Nature des modifications :
**Changement de cadre + mail diffusion
sécurité au secrétariat médical**

DOSSIER DE PRE-ADMISSION SERVICE ATRIUM

CADRE DE SANTE : Monsieur Cyril AGNOUX

☎ : 05.55.94.25.30

DOSSIER A TRANSMETTRE AU SERVICE

✉ : smedical@cheygurande.mssante.fr



Atrium

05-55-94-32-07

Route d'Eygurande

19340 MONESTIER-MERLINE

Date de diffusion
21/07/2025

Nature des modifications :
**Changement de cadre + mail diffusion
sécurité au secrétariat médical**

Mentions relatives à la protection des données

A l'attention des professionnels de santé :

Vous allez remplir une demande de pré admission concernant un de vos patients.

Cette action implique le transfert de données de santé aux professionnels du CHPE.

Selon l'article 1110-4 du Code de la santé publique, « *Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée ...* »

Je soussigné

☐ ...Atteste par la présente avoir recueilli le consentement de M (me) au transfert des données de santé nécessaires à l'examen de la demande d'admission dans les services du CHPE et être en mesure de le communiquer au CHPE à la première demande.

Date de diffusion
21/07/2025

Nature des modifications :
**Changement de cadre + mail diffusion
sécurité au secrétariat médical**

A FOURNIR LORS DE L'ADMISSION

Pièces administratives (photocopie des documents suivants)

	OUI	NON
Carte identité	☐	☐
Carte vitale et attestation de droit à jour	☐	☐
Jugement	☐	☐
Mutuelle	☐	☐
Orientation MDPH	☐	☐
Ordonnance	☐	☐

Affaires personnelles

	OUI	NON
Le traitement pour 48h plus si week-end et jours fériés	☐	☐
Argent de poche (50 €)	☐	☐
Cigarettes (si fumeur)	☐	☐
Trousseau (cf. liste page suivante)	☐	☐
Inventaire du trousseau d'admission	☐	☐

Date de diffusion
21/07/2025

Nature des modifications :
**Changement de cadre + mail diffusion
sécurité au secrétariat médical**

TROUSSEAU (Linge marqué)

	OUI	NON
7 slips/culottes	☐	☐
7 soutiens gorges	☐	☐
7 paires de chaussette	☐	☐
7 pantalons / robes / jupes / shorts (selon la saison)	☐	☐
1 manteau + 1 manteau été suivant saison	☐	☐
5 pyjamas	☐	☐
2 paires de chaussures (dont 1 paire de baskets)	☐	☐
1 paire de chaussons	☐	☐
5 sweats / pulls /vestes	☐	☐
1 ceinture	☐	☐
1 trousse de toilette complète (brosse à dents, dentifrice, brosse à cheveux, gel douche, shampooing, rasoir et mousse à raser pour les hommes)	☐	☐
1 maillot de bain	☐	☐
casquette / bonnet / écharpe (selon saison)	☐	☐

Date de diffusion
21/07/2025

Nature des modifications :
**Changement de cadre + mail diffusion
sécurité au secrétariat médical**

RENSEIGNEMENTS

ADMINISTRATIFS, SOCIAUX

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

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Dossier rempli sous couvert du psychiatre de référence – Docteur Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom et adresse du service : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom et coordonnées du Responsable : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél. : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fax : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de diffusion
21/07/2025

Nature des modifications :
**Changement de cadre + mail diffusion
sécurité au secrétariat médical**

ETAT CIVIL

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Sexe : F ☐ M ☐

Nationalité : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Lieu de naissance et code postal : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse personnelle : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Coordonnées du médecin traitant (*nom, adresse, téléphone, mail*) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

PROTECTION JURIDIQUE

Sans ☐ Sauvegarde ☐ Curatelle ☐ Tutelle ☐ MASP ☐

MAJ ☐ Mandat de protection future ☐

Date de la demande : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Nom et adresse du délégué : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

A prévenir : OUI ☐ NON ☐

Joindre la photocopie du jugement

Date de diffusion
21/07/2025

Nature des modifications :
**Changement de cadre + mail diffusion
sécurité au secrétariat médical**

PROTECTION JURIDIQUE

Sécurité Sociale

Caisse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Joindre l'attestation de droits

N° d'immatriculation : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ALD : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mutuelle : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. N° adhérent : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Joindre l'attestation de droits

DONNEES SOCIALES

Caisse CAF : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° CAF : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Orientation MDPH : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de début : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Joindre la copie de l'orientation

SITUATION FAMILIALE

A PREVENIR		LIENS	NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE
OUI	NON					
☐	☐	Parents				
☐	☐					
☐	☐	Fratrie				
☐	☐					
☐	☐		r			

Date de diffusion
21/07/2025

Nature des modifications :
**Changement de cadre + mail diffusion
sécurité au secrétariat médical**

AUTRES INFORMATIONS

Personne de confiance : **document fourni en annexe à compléter**

Directives anticipées : OUI ☐ NON ☐

Si oui, joindre une copie

Date de diffusion
21/07/2025

Nature des modifications :
**Changement de cadre + mail diffusion
sécurité au secrétariat médical**

RENSEIGNEMENTS

MEDICAUX

OSERVATION PSYCHIATRIQUE

Etablie par le Docteur Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date d'entrée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Lieu de vie actuel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

SUIVI THERAPEUTIQUE

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

MOTIF DE LA DEMANDE D'HOSPITALISATION (préciser les raisons)

Date de diffusion
21/07/2025

Nature des modifications :
**Changement de cadre + mail diffusion
sécurité au secrétariat médical**

PRECEDENTES HOSPITALISATIONS AU CHPE

PARCOURS INSTITUTIONNEL

OBSERVATIONS SOMATIQUES

Antécédents : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Consultations en cours (*accompagnement par vos soins*) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Consultations externes prévues dans les 3 prochains mois : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Dernier bilan : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Dernier ECG : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Suivi cardiométabolique : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

TRAITEMENTS **Joindre la dernière ordonnance**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ELEMENTS A AJOUTER

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de diffusion
21/07/2025

Nature des modifications :
**Changement de cadre + mail diffusion
sécurité au secrétariat médical**

A REMPLIR PAR L'EQUIPE SOIGNANTE

ANAMNESE/SYNTHESE

HABITUDES DE VIE ET AUTONOMIE

Mode d'alimentation : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Elimination :

Habillement – toilette :

Mobilité :

Préférences : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de diffusion
21/07/2025

Nature des modifications :
**Changement de cadre + mail diffusion
sécurité au secrétariat médical**

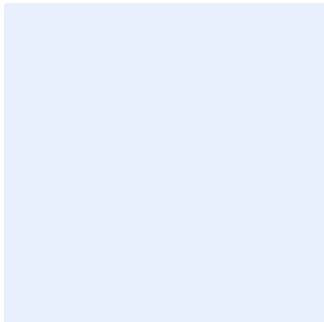
ENGAGEMENT DE REPRISE DIRECTEUR

Je soussigné, Mme / M Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte, Directeur/trice du Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte., m'engage à reprendre Mme / M Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. à l'issue de son séjour à l'ATRIUM du Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande.

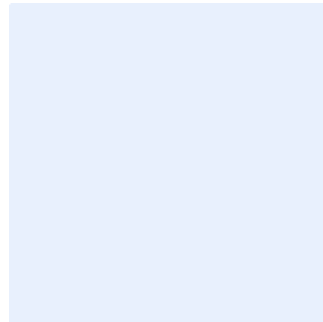
L'établissement d'origine assurera les transports aller et retour du patient.

Le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Signature



Cachet



Date de diffusion
21/07/2025

Nature des modifications :
**Changement de cadre + mail diffusion
sécurité au secrétariat médical**

FORMULAIRE D'AUTORISATIONS ET INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

AUTORISATIONS

Prise de photo :

- Dossier patient (identitovigilance) : *Cf ci-dessous*

« Le patient est informé par la présente, de l'utilisation qui peut être faite par le CHPE de son image, par reproduction et/ou représentation de celle-ci, pour un usage interne à l'établissement, nécessaire à la prise en charge, dans un but d'identitovigilance et ce pendant toute la durée de sa prise en charge. Sa décision doit être tracée dans OSIRIS »

- Droit à l'image (sortie sociale, vie sociale) : OUI ☐ NON ☐ *Si oui, le formulaire EN GRH 5.0.0.1 Droit image ciblé doit être complété avant diffusion pour chaque cliché.*

Coiffeur (à vos frais selon le tarif en vigueur) OUI ☐ NON ☐

Si oui, à quelle fréquence : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse de facturation (postale / mail) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Pédicure : (à vos frais selon le tarif en vigueur) OUI ☐ NON ☐

Si oui, à quelle fréquence : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse de facturation (postale / mail) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Vaccination contre la Grippe : OUI ☐ NON ☐

Vaccination contre la COVID 19 : OUI ☐ NON ☐

Date de diffusion
21/07/2025

Nature des modifications :
**Changement de cadre + mail diffusion
sécurité au secrétariat médical**

Sérologie + HIV à l'entrée : OUI ☐ NON ☐

Autorisation de prélèvement si Accident d'Exposition au Sang : OUI ☐ NON ☐

Directive anticipée : OUI ☐ NON ☐ *si oui, joindre une copie*

Date de diffusion
21/07/2025

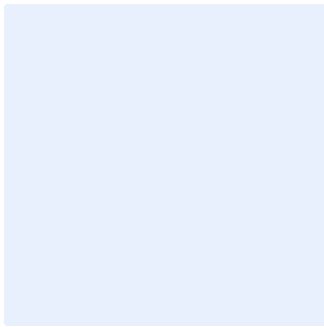
Nature des modifications :
**Changement de cadre + mail diffusion
sécurité au secrétariat médical**

CONSENTEMENT AUX SOINS DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné, Mme / M Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. certifie ne pas m'opposer, en qualité de responsable légal de 1Mme / M Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. à son hospitalisation à l'ATRIUM du Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande.

Le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Signature :



Date de diffusion
21/07/2025

Nature des modifications :
**Changement de cadre + mail diffusion
sécurité au secrétariat médical**

 CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'EYGURANDE	DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE (article L.1111-6 du code de la santé publique)		EN SOI <u>réf :</u> 6.0.0.1 Page 1/1
	Date de diffusion 24/01/2023	Nature des modifications : Eléments en jaune	

Un double de ce document est conservé par le patient

Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse, date de naissance)

.....
.....

Désigne Mr, Mme, Melle (nom, prénom, adresse, tél, fax, e-mail), majeur(e)

.....
.....

Lien avec le patient (parent, proche, médecin traitant)

.....

pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance dans les choix thérapeutiques qui me sont offerts

☐ Pour la durée de mon hospitalisation à l'hôpital

.....

☐ Pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

.....

J'ai bien noté que cette personne désignée :

- Pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- Qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance.
- Qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord.
- Que je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen.

Les données à caractère personnel recueillies seront néanmoins conservées dans le dossier du patient durant 20 ans.

☐ Incapacité à recevoir l'information <u>le</u> Reproposer le ☐ Souhait de ne pas <u>désigner une</u> personne de confiance : le

Signature du patient Fait à Le
--

Signature de la personne désignée (Obligatoire) Fait à Le
--