

**HOPITAL DE JOUR
A TEMPS PARTIEL**

Clinique de Montberon
Hôpital de jour à temps partiel
 6 avenue de Neuville
 31 140 MONTBERON
 ☎ 05 62 22 93 16
 ✉ hdj@cliniquemontberon.fr
 Site internet : www.cliniquemontberon.fr

ETIQUETTE PATIENT

VOLET ADMINISTRATIF

Date de la demande :

Demandé par le Docteur :

Tél :

PATIENT	ASSURÉ
NOM : Nom de jeune fille : Prénom : Adresse : Code postal : Ville : Tél : Né(e) le : à Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> L'assuré est le patient (Ne pas remplir ce qui suit) <input type="checkbox"/> L'assuré n'est pas le patient (Remplir ce qui suit) NOM : Nom de jeune fille : Prénom : Adresse : Code postal : Ville : Tél : Né(e) le : à
CAISSE D'ASSURANCE MALADIE	MUTUELLE
N° SS : Caisse : Adresse : Code postal : Ville : CMU : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ALD - 100% jusqu'à :	MUTUELLE : N° d'adhérent : Adresse : Code postal : Ville :

<p style="text-align: center;">MEDECIN TRAITANT</p> <p>NOM :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Code postal :</p> <p>Ville :</p> <p>Téléphone :</p>	<p style="text-align: center;">PROTECTION JURIDIQUE</p> <p>Avez-vous une mesure de protection juridique ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, veuillez indiquer l'organisme et le nom de l'administrateur :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p style="text-align: center;">PSYCHIATRE REFERENT A L'EXTERIEUR</p> <p>NOM :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Code postal :</p> <p>Ville :</p> <p>Téléphone :</p>	

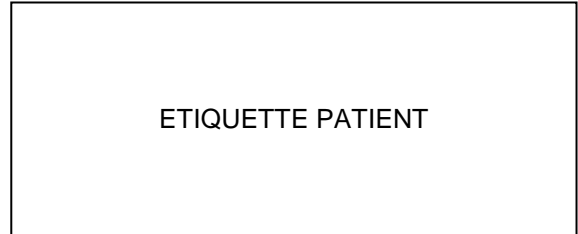
PERSONNE(S) A PREVENIR

<i>Nom</i>	<i>Prénom</i>	<i>Lien de parenté</i>	<i>Adresse</i>	<i>Téléphone</i>

ORIGINE / DESTINATION

LETTRE DE MOTIVATION

NOM :
NOM MARITAL :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :



Quelles sont vos motivations pour intégrer l'hôpital de jour à temps partiel ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A Montberon, le

Signature :

CONTRAT D'ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT

Afin que votre démarche soit la plus bénéfique possible, un contrat vous est proposé dans lequel vous et l'équipe soignante prenez des engagements respectifs.

ETIQUETTE PATIENT

L'équipe soignante (médecin psychiatre, psychologue et personnel soignant) s'engage à assurer :

- ✓ un projet de soins personnalisé
- ✓ une prise en charge axée sur des activités thérapeutiques
- ✓ un suivi social
- ✓ un travail de partenariat avec votre médecin traitant
- ✓ des entretiens individuels
- ✓ un bilan régulier en équipe pluridisciplinaire

Vous vous engagez dans le soin en souscrivant :

- ✓ à poursuivre votre suivi avec votre médecin psychiatre
- ✓ à la confirmation de vos motivations pour votre projet de soin
- ✓ à la participation assidue aux différentes formes de soutien psychothérapeutique et éducatif
- ✓ au règlement intérieur (affiché à l'intérieur du local de l'hôpital de jour)
- ✓ à prévenir en cas d'absence : 24h à l'avance; le lundi : avant 10h

Le contrat pourra être suspendu de manière unilatérale :

Par votre médecin psychiatre, son remplaçant ou le Directeur de la clinique :

- en cas d'incident majeur
- en cas de non-respect du règlement intérieur
- en cas d'absences répétées et non justifiées (3 absences non justifiées entraîneront l'arrêt de la prise en charge à l'hôpital de jour)

Par vous-même si vos motivations changent

La durée de la prise en charge est de 6 mois renouvelable

Je soussigné(e).....déclare avoir pris connaissance et accepte les modalités du présent accompagnement

A Montberon, le

Mention « Lu et approuvé » suivi de la signature :

Le patient

Le professionnel

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE ET DIRECTIVES ANTICIPEES

LA PERSONNE DE CONFIANCE

Vous pouvez, si vous le souhaitez, désigner une « personne de confiance » que vous choisirez librement dans votre entourage.

En quoi la personne de confiance peut-elle vous être utile ?

La personne de confiance peut :

- vous accompagner dans vos démarches
- assister à vos entretiens médicaux (ainsi pourra-t-elle éventuellement vous aider à prendre des décisions)
- être le garant de vos directives anticipées*
- être consultée par le médecin ou l'équipe qui vous prend en charge dans le cas où votre état de santé ne vous permettrait pas de donner votre avis ou de faire part de vos décisions. L'avis ainsi recueilli auprès de la personne de confiance guidera le médecin pour prendre ses décisions.

Quelles sont les limites d'intervention de la personne de confiance ?

La personne de confiance ne pourra pas obtenir communication de votre dossier médical (à moins que vous lui fassiez une procuration exprès en ce sens).

De plus, si vous souhaitez que certaines informations ne lui soient pas communiquées, elles demeureront confidentielles, quelles que soient les circonstances.

En revanche, si votre personne de confiance doit être consultée parce que vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, les informations jugées suffisantes pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité lui seront communiquées.

Lorsque vous êtes hospitalisé, l'avis de la personne de confiance est pris en compte par l'équipe médicale mais, en dernier lieu, c'est au médecin qu'il reviendra de prendre la décision.

LES DIRECTIVES ANTICIPEES

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

Ce document résume vos volontés concernant les traitements et les soins dans l'éventualité où vous ne seriez pas apte à communiquer ou à participer à des prises de décisions pour vous-même.

- Le document doit être écrit et authentifié (peut être écrit sur une feuille vierge ou à partir d'un modèle type)
- Les directives anticipées doivent être datées, signées et préciser nom, prénom, date et lieu de naissance
- Le document doit être rédigé depuis moins de trois ans

Si la personne ne peut pas écrire ni signer elle-même ses directives, elle peut faire appel à deux témoins (nom et qualité) qui attesteront que le document exprime bien sa volonté libre et éclairée.

Important : En application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L. 1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je soussigné(e),

Monsieur Madame Mademoiselle

NOM :

PRENOM :

NOM MARITAL :

DATE DE NAISSANCE :

ETIQUETTE PATIENT

ADRESSE :

TELEPHONE : E-MAIL :

Souhaite désigner comme personne de confiance :

Monsieur Madame Mademoiselle

NOM : PRENOM :

NOM MARITAL : DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE : E-MAIL :

- Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un parent Un proche La personne à prévenir en cas d'accident Mon médecin traitant

- Cette personne de confiance pourra m'assister dans mes démarches et entretiens médicaux lorsque je le jugerai utile.

J'ai été informé(e) que cette décision vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de changement de désignation.

Je m'engage à informer la personne que je souhaite désigner et je m'assure de son accord.

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation

Fait à

Signature du patient :

Le

En vertu de de la loi du 4 Mars 2002 et de la loi du 22 avril 2005, relative aux droits des patients, vous pouvez rédiger vos directives anticipées.

Avez-vous rédigé des directives anticipées ? OUI NON

Si oui, veuillez les communiquer à votre médecin psychiatre référent à la Clinique de Montberon

VOLET MEDICAL

PRESCRIPTION D'ADMISSION EN HOPITAL DE JOUR

A REMPLIR PAR LE
PSYCHIATRE ADRESSEUR

ETIQUETTE PATIENT

Fait le

A

Je soussigné(e) Docteur,

Certifie que l'état de santé de M. Mme Melle

.....

justifie son admission à l'hôpital de jour à temps partiel de la Clinique de Montberon.

Motif de l'entrée :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Signature :

QUESTIONNAIRE MEDICAL SOMATIQUE



Clinique de Montberon
Hôpital de jour à temps partiel
6 avenue de Neuville
31 140 MONTBERON
☎ 05 62 22 93 16
✉ hdj@cliniquemontberon.fr
Site internet : www.cliniquemontberon.fr

A REMPLIR PAR LE
MEDECIN TRAITANT

ETIQUETTE PATIENT

Cher Confrère,

Votre patient(e), M.....
va bénéficier d'une prise en charge dans notre hôpital de jour.

Il (elle) va participer à plusieurs ateliers, et afin d'appréhender au mieux ses possibilités, nous vous remercions de bien vouloir compléter le questionnaire ci-joint.

Restant à votre disposition pour plus d'informations, nous vous adressons cher confrère, nos meilleures salutations.

Dr Bartoli, Psychiatre – Dr Prim, Psychiatre

NOM : PRENOM :
Né(e) le : À.....

Vaccination tétanos à jour : oui non (si non, merci d'effectuer le vaccin ou le rappel avant
Autres vaccinations à jour : oui non l'entrée en HDJ)

Poids :

Taille :

IMC :

ETIQUETTE PATIENT

Allergies connues ou intolérances (médicamenteuses, alimentaires, cosmétiques....)

Antécédents somatiques (cardiaques, neurologiques, chirurgicaux, traumatiques...)

Régime alimentaire particulier :

Traitement :

Remarques particulières :

Certificat d'aptitude à la pratique d'activités corporelles :

Je soussigné(e), Dr....., certifie que l'état de santé de Mr / Mme est compatible avec la pratique d'une activité physique de type marche.

Fait à

Signature :

Le.....

PRINCIPE DE L'ADMISSION :

L'admission en hôpital de jour se fait sur demande du médecin psychiatre ou du médecin traitant avec adhésion du patient au projet de soins par signature du contrat d'accompagnement pour une hospitalisation de jour à temps partiel.

LES FRAIS DE SOINS :

Si vous êtes assuré social : les frais sont pris en charge par la CPAM (prise en charge ALD)

Si vous n'êtes pas assurés social, vous êtes redevable de la totalité des frais.

DUREE DE L'ACCOMPAGNEMENT :

L'accompagnement sur l'Hôpital de jour se fait à raison de 1 à 4 demi-journées par semaine avec un bilan tous les 4 mois. La prise en charge ne peut excéder 2 ans (avec une année renouvelable si nécessaire).

Organisation de la demi-journée :

13h15 : accueil

13h30-16h45 : activités thérapeutiques et entretiens

17h : départ

Le contrat peut-être unilatéralement suspendu : par le médecin psychiatre ou par vous-même.

A LA FIN DE LA PRISE EN CHARGE :

Un compte-rendu de l'accompagnement est adressé au médecin prescripteur

SECURITE DES BIENS

- L'établissement n'est pas responsable de la disparition éventuelle des valeurs (argent, cartes bancaires, bijoux...) que vous détenez.

- La clinique se dégage également de toute responsabilité en cas de vol, de perte ou de casse d'appareils : audiovisuels, radio, ordinateurs que vous pourriez utiliser. Aussi, nous vous demandons d'en prendre soin durant le temps passé à l'Hôpital de jour.

Dans le strict respect du secret médical l'Hôpital de jour gère un fichier informatisé des données médicales et administratives des patients pris en charge. Sauf opposition de votre part, certains renseignements vous concernant, recueillis au cours de votre prise en charge, pourront faire l'objet d'un enregistrement informatique.

IL EST INTERDIT :

- d'introduire et de consommer dans la clinique des boissons alcoolisées et/ou des drogues sous peine d'exclusion
- d'introduire des animaux dans l'établissement
- de fumer à l'intérieur de l'établissement.

CONFIDENTIALITE

L'ENSEMBLE DU PERSONNEL EST SOUMIS AU SECRET PROFESSIONNEL

QUELQUES REGLES ESSENTIELLES A RESPECTER

Le patient doit avoir une tenue correcte et se soucier du respect d'autrui : qu'il s'agisse du respect des autres patients comme celui de tous les membres du personnel de la clinique.

Présence obligatoire : en signant le contrat d'accompagnement, vous vous engagez à participer de façon assidue au programme proposé. Vous devez respecter les horaires et prévenir en cas d'absence.

Les actes de violence intentionnelle ne peuvent être acceptés et entraîneront l'exclusion de l'auteur.

La clinique met à votre disposition des locaux propres et entretenus qui doivent être respectés. Toute dégradation devra être remboursée.

CODIFICATION : DID-0157

Version : 04

Date d'application : Janvier 2015

Signature du patient :

Date :



NOM : Prénom :

ENQUETE CONCERNANT LE COVID-19

**Avez-vous eu récemment les signes cliniques suivants?
(cocher si nécessaire)**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Asthénie (grande fatigue) |
| <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Céphalées |
| <input type="checkbox"/> Myalgies, courbatures | <input type="checkbox"/> Difficultés respiratoires |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Perte de goût et/ou d'odorat |

Date de début des symptômes: / /

Date de fin des symptômes: / /

Avez-vous été mis en quarantaine?

- 7 jours 14 jours 21 jours

Avez-vous été en contact avec une personne positive au COVID 19?

- Oui Non

En raison des mesures de déconfinement, de nouvelles règles sont appliquées au sein de la clinique afin de limiter la contamination du COVID-19. Nous vous invitons à consulter les panneaux d'affichage dès votre arrivée, à vous engager sur ces mesures et à respecter les gestes barrières.

Afin de limiter le risque de propagation du Covid-19, nous vous invitons à réaliser un test PCR avant toute admission au sein de l'établissement. Pour cela, veuillez contacter votre médecin traitant.

Date

Signature