

**Clinique de Montberon**

**Cadres de santé**

6 avenue de Neuville  
 31 140 MONTBERON

☎ 05 62 22 00 56

☎ 05 61 09 66 30

✉ cadresante@cliniquemontberon.fr

Site internet : www.cliniquemontberon.fr

**Formulaire à nous retourner avec les documents suivants :**

- Attestation d'assurance maladie à jour
- Photocopie recto-verso de la carte d'adhérent mutuelle
- Photocopie recto-verso de la pièce d'identité
- Formulaire de désignation de la personne de confiance complété

**Dernières ordonnances des traitements en cours  
 (somatiques et psychiatriques)**

**VOLET ADMINISTRATIF**

Date de la demande d'hospitalisation : .....

Demandé par le Docteur .....

Adresse / Etablissement : ..... Tél : .....

<b>PATIENT</b>	<b>ASSURÉ</b>
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 .....
<b>CAISSE D'ASSURANCE MALADIE</b>	<b>MUTUELLE</b>
N° SS : ..... Caisse : ..... Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : ..... CMU : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ALD - 100% : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	MUTUELLE : ..... N° d'adhérent : ..... Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : .....

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

### COORDONNEES FAMILLE

Nom	Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone

### CHAMBRE

- Chambre double (sans supplément)
- Chambre simple (je m'engage à régler les éventuels suppléments restant à ma charge)

Nous vous rappelons que l'attribution d'une chambre particulière s'effectue sous réserve des disponibilités de l'établissement le jour de votre arrivée.

### LE JOUR DE L'ENTREE

#### Documents à apporter lors de votre admission :

- Carte d'identité
- Carte vitale à jour
- Carte Mutuelle
- Ordonnance des traitements en cours
- **3,00 €** de caution pour la carte magnétique ou le badge de votre chambre
- **2.00 €** de caution pour le cordon d'attache de la carte magnétique
- **46,00 €** de caution pour la TV en chambre seule, sinon la télécommande de la TV ne vous sera pas fournie
- **20,00 € en espèces uniquement**, pour toute ouverture de ligne téléphonique dans votre chambre

Cautions acceptées en chèque ou espèces, non restituée en cas de dégradation,  
de casse ou de perte du matériel.

**NB** : La caution d'une carte perdue ayant été renouvelée, même retrouvée, ne sera pas remboursée

#### A prévoir pour votre séjour :

- Les traitements (non psychiatriques) en cours pour 3 jours **UNIQUEMENT** (**avec boîte et blister**)
- Affaires personnelles
- Nécessaire de toilette
- Vêtements de ville et de sport

- ❖ Prévoir de vous faire accompagner et **EVITER DE VENIR AVEC VOTRE VEHICULE PERSONNEL**
- ❖ **Merci de bien vouloir respecter l'heure d'arrivée**

**Joindre obligatoirement la (les) dernière(s) prescription(s)  
médicale(s) en cours**



NOM : .....  
Nom de jeune fille : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....

**Adressé au médecin psychiatre :**

Dr BARTOLI                       Dr ÇABAL  
 Dr CAREY                         Dr GINOLHAC  
 Dr PON                                 Dr PRIM

**VOLET MEDICAL**

**COURRIER MÉDICAL DU MÉDECIN PRÉCISANT LE MOTIF DE L'HOSPITALISATION**

(à remplir sur ce document ou sur un document à l'entête du médecin en ajoutant le cachet et la signature du médecin prescripteur)

**ANTECEDENTS DE PRISE DE TOXIQUES**

**Type de toxiques et durée de l'addiction :**  
Alcool     OUI  NON Date de sevrage :  
Cannabis  OUI  NON Date de sevrage :  
Cocaïne    OUI  NON Date de sevrage :  
Opiacés    OUI  NON Date de sevrage :  
Amphétamines  OUI  NON Date de sevrage :

Autre : .....

**PROJET D'ORIENTATION DU PATIENT  
À LA FIN DU SÉJOUR**

**Type et situation du logement envisagé :**

Appartement privatif  
 Appartement thérapeutique  
 Vie communautaire  
 Famille d'accueil  
 Famille  
 Autre, préciser :  
Demande d'orientation effectuée :  OUI  NON

**La durée moyenne de séjour dans l'établissement est de 4 semaines.**

NOM et Prénom du médecin :

DATE :

CACHET et SIGNATURE du médecin :

**Validation collégiale du dossier de préadmission:**

**Par le psychiatre :**

Dossier accepté  
 Dossier refusé

Motif :

Date :

Signature :

**Par le somaticien (en cas de graves problèmes somatiques) :**

Dossier accepté  
 Dossier refusé

Motif :

Date :

Signature :

*Cadre réservé à la clinique*

**L'intégralité du règlement intérieur est affichée dans votre chambre.**

**Afin de préserver le repos et le confort de chacun, il convient de respecter des règles essentielles. Tout manquement au règlement intérieur fait l'objet d'un signalement dans votre dossier patient afin d'en informer votre médecin psychiatre.**

- ✓ Il est interdit de garder sans autorisation médicale des médicaments dans votre chambre.
- ✓ Il est interdit d'introduire et de consommer dans la Clinique des boissons alcoolisées et des produits toxiques sous peine d'exclusion.
- ✓ Il est interdit d'amener et de brancher des appareils électriques dans votre chambre, tels que : machines à café, bouilloires, ordinateurs de bureau, etc...
- ✓ Les sorties occasionnelles pour la journée durant le séjour doivent être motivées et accordées par écrit par votre médecin psychiatre.
- ✓ Les sorties thérapeutiques ne sont accordées que sur prescription du psychiatre.
- ✓ Les patients ayant leur véhicule personnel doivent obligatoirement le signaler à l'accueil et à l'infirmier du service et remettre leurs clés sous peine d'exclusion.
- ✓ La conduite de tout véhicule est strictement interdite pendant toute la durée de l'hospitalisation.
- ✓ Le parking de la Clinique n'étant pas gardé, il vous est recommandé de ne laisser aucun objet dans les véhicules. La Clinique décline toute responsabilité en cas de vol.
- ✓ Les actes de violence intentionnelle ne peuvent être acceptés et entraîneront l'exclusion.
- ✓ La Clinique met à votre disposition des locaux propres et entretenus qui doivent être respectés par le patient et les visiteurs. Toute dégradation vous sera facturée.
- ✓ Pour des raisons d'hygiène la présence d'animaux est strictement interdite.
- ✓ Il est déconseillé aux visiteurs d'apporter fleurs ou plantes.
- ✓ Le silence est l'un des éléments du confort et du rétablissement des patients. Il est donc de rigueur de le respecter.
- ✓ Chaque patient doit avoir une tenue correcte et se soucier du respect d'autrui.
- ✓ En cas de vol, l'établissement dégage toute responsabilité pour l'argent, les effets de valeurs qui n'auraient pas été déposés au coffre. De même l'établissement dégage toute responsabilité en cas de vol, perte ou casse d'appareils radios, audiovisuels, informatiques et téléphones portables.
- ✓ Nous rappelons aux patients que seule **une** valise contenant tout le nécessaire pour l'hospitalisation sera acceptée pour toute la durée du séjour, à savoir qu'un service de laverie est proposé aux patients qui le désirent.

**Date et Signature**  
**Précédée de la mention « Lu et Approuvé »**

*L'établissement gère un fichier informatisé soumis à la loi n° 78.17 du 16 Janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (art 38.39.40.43)*