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

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**

VOLET ADMINISTRATIF

PATIENT

NOM : .....
Nom de jeune fille : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code postal : .....
Ville : .....
Tél : .....
Mail : .....
Né(e) le : .....
ALD: ❑ Oui ❑ Non

PERSONNE A PREVENIR (obligatoire)

NOM : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code postal : .....
Ville : .....
Tél : .....
Qualité : .....

PROTECTION JURIDIQUE

Avez-vous une mesure de protection juridique ?
❑ Oui ❑ Non
Si oui, veuillez indiquer l'organisme, le nom et les coordonnées de l'administrateur : .....
.....

MEDECIN TRAITANT (obligatoire)

NOM : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code postal : .....
Ville : .....
Téléphone :.....
Mail :.....

PSYCHIATRE REFERENT A L'EXTERIEUR (facultatif)

NOM : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code postal : .....
Ville : .....
Téléphone : .....
Mail : .....

LETTRE DE MOTIVATION

Voici un espace où il vous est demandé d'indiquer sous forme de texte, de lettre ou de tirets vos besoins, votre demande en lien avec votre demande d'hôpital de jour.

Merci de répondre également aux 2 questions suivantes :

1. Quel est actuellement le problème le plus important pour vous ?

2. Besoin prioritaire : si nous pouvions vous aider dans un seul domaine, laquelle choisiriez-vous *:*

Date : ……. Signature :

VOLET MEDICAL

NOM : .....
Nom de jeune fille : .....
Prénom : .....
Date de naissance : ……
N° de téléphone :……...

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Formulaire à nous retourner avec les documents suivants :

- ☐ **Ordonnance de l'ensemble des traitements**
- ☐ **Bilan sanguin < 12 mois**
- ☐ **Vaccination contre le tétanos**

LE MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION

……
……
……
……

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

……
……
……
……
……
……
……
……

ANTECEDENTS SOMATIQUES

……
……
……
……
……
……
……
……

ADDICTIONS

Alcool ☐OUI ☐NON
Cannabis ☐OUI ☐NON
Cocaïne ☐OUI ☐NON
Opiacés ☐OUI ☐NON
Amphétamines ☐OUI ☐NON
Autre : ……..

RENSEIGNEMENTS SOMATIQUES

Poids : Taille : IMC :
Troubles de la déglutition : ☐OUI ☐NON
Allergie : ☐OUI, précisez……. ☐NON
Antécédents cardio-vasculaires : ☐OUI ☐NON
Antécédents métaboliques : ☐OUI ☐NON
Facteurs de risques thromboemboliques : ☐OUI ☐NON

CRITERES DE SEVERITES

Risque suicidaire	☐ Oui ☐ Non
Risque de passe à l'acte auto ou hétéro agressif	☐ Oui ☐ Non
Stabilité de l'état psychique	☐ Oui ☐ Non

AUTONOMIE

Continence : ☐OUI ☐NON
Se déplacer : ☐OUI ☐NON
Préparer ses traitements : ☐OUI ☐NON
Prendre ses traitements : ☐OUI ☐NON

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.

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES

L'hôpital de jour « Au fil de Soi » est organisé autour de 5 groupes ayant des objectifs thérapeutiques spécifiques et transversaux. Veuillez cocher les principaux objectifs du patient.

Objectifs Généraux →
- □ Favoriser la réinsertion sociale, la communication au sein d'un groupe
- □ Développer son réseau social et thérapeutique
- □ Apprendre à gérer l'anxiété et l'angoisse
- □ Retrouver le plaisir / Développer sa créativité
- □ Travailler sur l'estime, l'affirmation, la confiance et l'acceptation de soi

Réhabilitation Psychosociale Jeune Adulte. 18 – 35 ans
- □ Trouver sa place et gagner en autonomie
- □ Lutter contre l'isolement
- □ Contact et resocialisation dans un groupe de pair
- □ Gestion de la maladie au quotidien

Passage à l'âge adulte. 18-25 ans
- □ Réinsertion socio-professionnelle
- □ Développer et soutenir l'autonomie
- □ Contact et resocialisation dans un groupe de pair

Réhabilitation Psycho Social RPS Adulte
- □ Lutter contre l'isolement et sortir de l'apragmatisme
- □ Gagner en autonomie
- □ Réinvestir ses activités de loisirs et ressourcements
- □ Apprendre à gérer les angoisses

Expérience de la Dépression, Burn out
- □ Gestion des émotions
- □ Contexte d'épuisement professionnel
- □ Retrouver l'élan, le plaisir, la capacité d'agir
- □ Se connaître, se projeter afin d'éviter les rechutes

Dépendances et Addictions
- □ Comprendre et soigner les expériences de dépendances
- □ Se connaître, se projeter afin d'éviter les rechutes
- □ Soutenir l'abstinence

NOM et Prénom du médecin :

DATE :

CACHET et SIGNATURE du médecin :

Validation collégiale du dossier de préadmission :

☐ Dossier accepté ☐ Dossier refusé

Motif :

Date : Signature : *Cadre réservé à la clinique*

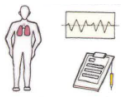
AUTOEVALUATION DES DIFFICULTES ET DES BESOINS D'AIDE

ETIQUETTE PATIENT

Auto évaluation.
Pour chaque thématique veuillez évaluer **vos difficultés** en utilisant une échelle numérique de O à 10 :
0 = Absence de difficulté
10 = Problème très important pour vous

Le besoin d'aide : Identifier si vous avez besoin d'aide ou non (auprès de toutes personnes confondu). Puis Noter le niveau d'urgence de ce besoin d'aide de 1 à 5 :
1 = Besoin d'aide non urgent
5 = Besoin d'aide urgent : problématique prioritaire pour vous

	Domaines	Difficultés *De 0 à 10*	Besoin d'aide	Commentaires
Conditions de vie	**1. Lieu de vie**		Oui Non Niveau d'aide :	
	2. Finances		Oui Non Niveau d'aide :	
	3. Travail		Oui Non Niveau d'aide :	
	4. Droit & justice		Oui Non Niveau d'aide :	
Problématiques du quotidien	**5. Temps libre**		Oui Non Niveau d'aide :	
	6. Tâches Administratives		Oui Non Niveau d'aide :	
	7. Entretien du ménage		Oui Non Niveau d'aide :	
	8. Déplacements		Oui Non Niveau d'aide :	
	9. Fréquentation des lieux publics		Oui Non Niveau d'aide :	

	Domaines	Difficultés *De 0 à 10*	Besoin d'aide	Commentaires
Relations	**10. Connaissances/ Amitiés**		Oui Non Niveau d'aide :	
	11. Famille		Oui Non Niveau d'aide :	
	12. Enfants		Oui Non Niveau d'aide :	
	13. Relations Sentimentales		Oui Non Niveau d'aide :	
Santé	**14. Alimentation**		Oui Non Niveau d'aide :	
	15. Hygiène personnelle		Oui Non Niveau d'aide :	
	 **16. Santé physique**		Oui Non Niveau d'aide :	
	17. Santé psychique		Oui Non Niveau d'aide :	
	18. Addiction		Oui Non Niveau d'aide :	
	19. Traitement		Oui Non Niveau d'aide :	
	20. Spiritualité & croyances		Oui Non Niveau d'aide :	
	21. Sexualité		Oui Non Niveau d'aide :	

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 choisissez 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 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 …… Signature de la personne de confiance :

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.

☐ Je reconnais avoir été informé sur les directives anticipées

CONSENTEMENT AUX SOINS

ETIQUETTE 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.

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 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
- ✓ A respecter les lieux, les patients et les soignants
- ✓ 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
- ✓ À prévenir en cas d'absence : 24h à l'avance, avant 9h
- ✓ **En dehors des congés et démarches pour des soins, toute absence sera facturée.**

Le contrat pourra être suspendu de manière unilatérale :

Par le psychiatre référent de l'HDJ, son remplaçant ou le Directeur de la clinique :

- En cas d'incident majeur
- En cas de non-respect des biens des patients et des soignants
- En cas d'agressivité
- 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)
- En cas d'instabilité psychique
- S'il estime que la prise en charge ne vous correspond pas ou plus

Par vous-même si vos motivations changent

La durée de la prise en charge est de 6 mois renouvelable. Le 1er mois est un mois d'essai à l'issu duquel un point médical est fait pour valider ou non la poursuite de la prise en charge.

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*

CLINIQUE DE MONTBERON — REGLEMENT INTERIEUR — HOPITAL DE JOUR

PRINCIPE DE L'ADMISSION

L'admission en hôpital de jour se fait sur demande du psychiatre référent ou du médecin traitant avec adhésion du patient au projet de soins (signature du contrat d'accompagnement). Chaque demande est analysée en commission d'admission.

LES FRAIS DE SOINS

Les frais de soins sont pris en charge :

- par l'assurance maladie en totalité si vous bénéficiez de l'ALD psy ;
- par l'assurance maladie et par la complémentaire santé.

DUREE DE L'ACCOMPAGNEMENT

D'une durée de six mois renouvelable, l'accompagnement s'effectue sur deux demi-journées par semaine.

Un premier mois d'essai permet de valider ou non la poursuite de la prise en charge.

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

INFORMATIQUE ET LIBERTE

Dans le strict respect du secret médical, l'hôpital de jour gère un fichier informatisé des données médicales et administratives des patients.

SECURITE DES BIENS

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

Evitez d'apporter des objets de valeur. La clinique décline toute responsabilité concernant d'éventuelle « disparition ».

IL EST INTERDIT DANS L'ENCEINTE DE L'ETABLISSEMENT :

- D'introduire et de consommer dans la clinique des boissons alcoolisées et/ou des drogues sous peine d'exclusion,
- De réaliser des transactions commerciales ou financières, du trafic de médicaments, drogues, alcools
- De commettre tout acte de violence intentionnelle, de propos insultants, d'agressivité (verbale ou physique) ou de menaces sous peine d'exclusion
- D'introduire des animaux
- De fumer à l'intérieur des locaux

QUELQUES REGLES A RESPECTER

Tenue correcte : vous devez adoptez une tenue vestimentaire correcte et une attitude respectueuse vis à vis des autres patients et des 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.

Respect des lieux des patients et des soignants

Prise médicamenteuse : toute prise médicamenteuse doit être signalée aux soignants, sur ordonnance, y compris en autonomie.

CODIFICATION : DID-0157
Version : 07
Date d'application : Janvier 2024