

**Pôle de réhabilitation psychosociale  
Centre Hospitalier d'Eygurande**

**CENTRE DE JOUR VAL HORIZON**

**HOSPITALISATION COMPLETE L'ESCALE**

**LES APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES**

**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.*

Orientation de la demande :

Centre de jour VH  Hospi complète Escalé  Appartements thérapeutiques

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@chpe.fr](mailto:smedical.brive@chpe.fr)

Partie réservée au pôle RPS :

N° Dossier : .....

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_



## Dossier de préadmission



**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 : .....

Situation professionnelle : .....

Situation familiale :

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

Nombre d'enfants : .....

## 2 - PROVENANCE

Nom et adresse du service :

.....  
.....

Nom du Cadre de Santé : .....

Nom de l'Unité : .....

Tél. : .....

Fax : .....

Mail : .....

Dossier rempli par : Psychiatre   
Equipe soignante

Assistante Sociale   
Médecin généraliste

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_



## Dossier de préadmission



**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 référent : .....

ALD Oui  Non  En cours

Si oui jusqu'au : .....

Carte d'invalidité : Oui  Non

### Organisme complémentaire

CMU 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)*

## 2 - MESURE DE PROTECTION

Aucune  MASP  Sauvegarde  Curatelle  Tutelle

Confiée à : .....

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

## 3 – RESSOURCES

Salaire <input type="checkbox"/>	Pension d'invalidité <input type="checkbox"/>	Indemnités journalières <input type="checkbox"/>
AAH <input type="checkbox"/>	RSA <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>
Aucune <input type="checkbox"/>	Allocation chômage <input type="checkbox"/>	Lesquelles : .....
Pension alimentaire <input type="checkbox"/>	Aide au logement <input type="checkbox"/>	.....

**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...)

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

Nom et Signature du travailleur social :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_



## Dossier de préadmission



**Pôle de réhabilitation psychosociale  
Centre Hospitalier d'Eygurande**

# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Dossier établi par le Docteur .....

## 1 - PRISE EN CHARGE ACTUELLE

- |      |                          |                 |                          |                  |                          |
|------|--------------------------|-----------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| HL   | <input type="checkbox"/> | CMP             | <input type="checkbox"/> | Aucun suivi      | <input type="checkbox"/> |
| SPDT | <input type="checkbox"/> | Hôpital de jour | <input type="checkbox"/> | Autre            | <input type="checkbox"/> |
| SDRE | <input type="checkbox"/> | CATTP           | <input type="checkbox"/> | Précisez : ..... |                          |

## 2 - OBSERVATIONS PSYCHIATRIQUES

- **Histoire de la maladie :**

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

- **Situation clinique :**

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

- **Objectifs de la demande :**

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



### 3 - DIAGNOSTICS - CIM 10 - Addictions

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### 4 - TRAITEMENT

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

### 5 – ETAT DE SANTE SOMATIQUE

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

Dossier établi par le Docteur .....

Date : .....

Signature







NOM : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_



## Dossier de préadmission



**Pôle de réhabilitation psychosociale  
Centre Hospitalier d'Eygurande**

# FIGHE FORMATION / REINSERTION

### 1 - PARCOURS SCOLAIRE :

Diplômes/formations :

.....

.....

.....

.....

.....

### 2 - EXPERIENCE PROFESSIONNELLE :

Employeurs	Travaux effectués	Fonction dans l'emploi	Dates	Durée

### 3- SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE :

CDD  CDI  Chômage

Sans activité  Autre

Précisez si besoin : .....

