



CENTRE HOSPITALIER
DU PAYS D'EYGURANDE

DOSSIER DE PREADMISSION

EN SOI
réf :
10.0.0.2
Page 1/
13



Date de diffusion
07-02-2025

Nature des modifications :
Référencement

CENTRE EXPERT CORREZIEN DE REHABILITATION ET REMEDIATION COGNITIVE

Centre de réhabilitation psychosociale
Centre Hospitalier d'Eygurande

CENTRE DE JOUR VAL HORIZON

HOSPITALISATION COMPLETE L'ESCALE

LES APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES DE
SEMAINE

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.*

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

Partie réservée au pôle RPS :

N° Dossier :

5- PROJET / OBJECTIFS DE L'INTERESSÉ(E) :

Il nous paraît souhaitable que l'intéressé(e) fasse part de son projet sur ce document ou sur un courrier distinct.

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

Nom et signature du professionnel :



DOSSIER DE PREADMISSION

EN SOI
réf :
10.0.0.2
Page 3/
13



Date de diffusion
07-02-2025

Nature des modifications :
Référencement

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 adresseur :

.....
.....

Nom du Cadre de Santé :

Tél :

Nom de l'Unité :

Fax :

Mail :



DOSSIER DE PREADMISSION

EN SOI
réf :
10.0.0.2
Page 4/
13



Date de diffusion
07-02-2025

Nature des modifications :
Référencement

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

CSS 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)*

Date de diffusion
07-02-2025

Nature des modifications :
Référencement

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 ?



DOSSIER DE PREADMISSION

EN SOI
réf :
10.0.0.2

Page 6/
13



Date de diffusion
07-02-2025

Nature des modifications :
Référencement

(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 : <input type="checkbox"/> |
| | | |

2 - OBSERVATIONS PSYCHIATRIQUES

- Histoire de la maladie :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Situation clinique :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- **Objectifs de la demande :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3 - DIAGNOSTICS - CIM 10 - Addictions

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - TRAITEMENT

.....

.....

.....

.....

.....

Date de diffusion
07-02-2025

Nature des modifications :
Référencement

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

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**



FICHE FORMATION / REINSERTION

1 - PARCOURS SCOLAIRE :

Diplômes/formations :

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

2 - EXPERIENCE PROFESSIONNELLE :

Employeurs	Travaux effectués	Fonction dans l'emploi	Dates	Durée

Date de diffusion
07-02-2025

Nature des modifications :
Référencement

3- SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE :

CDD CDI Chômage

Sans activité Autre

Précisez si besoin :

4 - PROJET /OBJECTIFS DE L'ORGANISME PARTENAIRE :

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

Nom et signature du professionnel :