

# PREPAREZ VOTRE ADMISSION EN HÔPITAL DE JOUR

## AVANT VOTRE ENTREE A L'HÔPITAL DE JOUR

---

- ▶ Nous retourner par fax : 05-54-00-01-34 ou par mail : [CMPA.accueil@inicea.fr](mailto:CMPA.accueil@inicea.fr) , les documents suivants :
  - La fiche de renseignements administratifs complétée,
  - Une copie de votre attestation carte vitale,
  - Une copie de votre carte de mutuelle,
  - Une copie de votre carte d'identité.
  
- ▶ Faire compléter le questionnaire médical par votre médecin.
  
- ▶ Faire compléter par votre médecin traitant le certificat vous autorisant la pratique d'une activité sportive.
  
- ▶ Compléter la fiche de désignation de la personne de confiance.
  
- ▶ Contacter le secrétariat au **05-54-00-01-30** pour prendre rendez-vous avec le médecin psychiatre pour une consultation de préadmission.

## LE JOUR DE VOTRE RENDEZ-VOUS AVEC LE PSYCHIATRE DE L'HÔPITAL DE JOUR

---

- ▶ Vous présenter à l'accueil de l'Hôpital de Jour avec les documents suivants :
  - Votre carte vitale, votre carte mutuelle et une pièce d'identité valide
  - La fiche de renseignements administratifs
  - La fiche de désignation de la personne de confiance complétée
  
- ▶ Présenter au médecin les documents suivants :
  - Votre dernière ordonnance datant de moins d'un mois
  - Le questionnaire sur les intentions complété
  - Les résultats des examens récents que vous auriez passés (bilan sanguin...)
  - Le courrier que votre médecin vous aurait éventuellement remis.







INICEA  
Hôpital de jour  
MONT DE MARSAN

# PRE-ADMISSION EN HÔPITAL DE JOUR

## MESURE DE PROTECTION

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection :  Curatelle  Tutelle  Aucune

Coordonnées de votre organisme de protection et de votre tuteur/curateur :

Nom de votre tuteur/curateur : .....

Nom de l'organisme de protection : .....

Téléphone :

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

## PRISE EN CHARGE DE L'HOSPITALISATION

◆ **Caisse d'assurance maladie** (*merci de joindre une attestation de droits*)

N° sécurité sociale :

Caisse : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Taux de prise en charge :  80 %  ALD  Invalidité

◆ **Mutuelle** (*merci de joindre une photocopie de la carte de mutuelle et les coordonnées complètes*)

N° adhérent : .....

Nom de la mutuelle : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Date : ..... / ..... / .....

« Lu et approuvé »

Signature



INICEA  
Hôpital de jour  
MONT DE MARSAN

# PRE-ADMISSION EN HÔPITAL DE JOUR

## QUESTIONNAIRE SUR LES INTENTIONS

*A compléter par le patient*

### VOS COORDONNEES

---

Nom de famille : .....

Prénom : .....

### VOTRE PROJET A L'HÔPITAL DE JOUR

---

Quel est votre projet à l'Hôpital de Jour ? .....

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

Que souhaitez-vous travailler avec les soignants ? .....

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

Quel est votre projet de vie ? .....

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





# FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

(A remplir et retourner au personnel soignant)

**IMPORTANT :** En application de la loi N°2002-303 du 04 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et notamment de son article L 111-6, vous pouvez désigner une personne de confiance. Cette personne pourra si vous le souhaitez, vous accompagner dans les démarches et pourra être consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire. Cette désignation est facultative, elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical. Elle dure le temps de votre hospitalisation. Néanmoins, elle est révocable à tout moment par écrit : il vous suffit d'en avertir le personnel soignant et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

**Je ne souhaite pas désigner de 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 cette désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'Etablissement, en remplissant la fiche de désignation.

**Je souhaite désigner une personne de confiance :**

Je soussigné(e),

NOM marital : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

Date et lieu de naissance : ..... / ..... / ..... À .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Email : .....

**Désigne comme personne de confiance :**

NOM marital : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

Date et lieu de naissance : ..... / ..... / ..... À .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Email : .....

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un parent (*lien*) : .....  Un proche (*lien*) : .....  Mon médecin traitant

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

*Signature*

Je suis d'accord pour assurer cette mission

Le ..... / ..... / .....

*Signature  
de la personne de confiance*

## ANNULATION DE LA DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je souhaite annuler la désignation faite ci-dessus et

Ne pas désigner une nouvelle personne de confiance

Désigner une nouvelle personne de confiance en complétant une nouvelle fiche de désignation.

Date : ..... / ..... / .....

*Signature*







# PRE-ADMISSION EN HÔPITAL DE JOUR

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

A compléter par le médecin adressant et à renvoyer sous pli confidentiel à :

CMPA

Secrétariat – Admissions

61, avenue Portal 40 280 SAINT-PIERRE-DU-MONT

### PATIENT

### MEDECIN ADRESSANT

NOM D'USAGE : .....	Dr .....
Nom de JF : .....	Adresse : .....
Prénom : .....	.....
Date de naissance : ..... / ..... / .....	Téléphone : .....

**MOTIF D'HOSPITALISATION**

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES**

**ANTECEDENTS MEDICAUX**

**ANTECEDENTS CHIRURGICAUX**

**ALLERGIES**



INICEA  
Hôpital de jour  
MONT DE MARSAN

# PRE-ADMISSION EN HÔPITAL DE JOUR

## REGIME ALIMENTAIRE

- Normal                                       Sans porc                                       Haché  
 Sans Sel                                       Sans viande                                       Mixé  
 Diabétique                                       Sans poisson

## TRAITEMENT EN COURS *(Ou copie de la dernière ordonnance)*

NOM	DOSAGE	POSOLOGIE				
		Matin	Midi	Soir	Nuit	
						<b>Mode d'administration et de gestion du traitement</b>  <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Semi-autonome <input type="checkbox"/> Non-autonome
						<b>Observance du traitement</b>  <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Nécessité d'une supervision

## OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES

## ACTIVITE SPORTIVE

Je soussigné Dr .....,  autorise     n'autorise pas

M ..... à pratiquer une activité sportive dans le cadre des ateliers thérapeutiques organisés par l'hôpital de jour.

A .....

Le ..... / ..... / .....

*Cachet & signature*