

DOSSIER DE PRE-ADMISSION EN GERONTOPSYCHIATRIE

Clinique du Roussillon
289 Avenue Maréchal Joffre, 66000 Perpignan.
Tel : 04.68.34.64.63. Fax : 04.68.34.66.62.

Accès : Située à 2,7 Km du centre ville de Perpignan.

Ligne de Bus : 4, 12, 13, 14, 15.

En voiture : Suivre direction Centre Hospitalier de Perpignan. La clinique est située entre le parc du lycée Maillol et l'hôpital de Perpignan.



MODALITÉS D'ADMISSION

- Remplir le dossier administratif
- Remplir le dossier Médical
- Remplir le dossier de Soins
- Prise en charge des frais de séjour par l'assurance maladie, la mutuelle et/ou participation résiduelle éventuelle à votre charge

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint le dossier de pré-admission à compléter et à nous retourner :

- par voie postale à : Clinique psychiatrique du Roussillon 289 avenue Maréchal Joffre 66000 Perpignan sous enveloppe cachetée à l'attention de Mme CERNIGLIA, Responsable des Soins Infirmiers
- ou par mail à : respsoi.roussillon@orpea.net

Le service des admissions se propose de vous aider dans vos démarches administratives nécessaires à votre demande d'admission. En cas de difficultés n'hésitez pas à nous joindre au : 04.68.34.64.63.

Ce dossier comprend :

- une présentation générale de la clinique du Roussillon
- un dossier administratif (à remplir par le patient, les aidants ou l'établissement adresseur)
- un dossier médical (à remplir par le Médecin Adresseur et à retourner sous pli cacheté)
- un dossier de soins (à remplir par le patient, les aidants ou l'IDE)
- les informations relatives à l'hospitalisation
- un règlement intérieur pour les personnes hospitalisées et les visiteurs
- une liste du trousseau (nécessaire de toilette et linge personnel)
- une Grille nationale AGGIR
- un document explicatif des GIR
- une lettre d'engagement à remplir et à signer par l'établissement adresseur
- un mot du Directeur (Mr STROUK Benjamin), de la Responsable des Soins (Mme CERNIGLIA Dominique) et de l'équipe médicale.

Tout dossier incomplet ne sera pas traité ! Merci de votre compréhension

PRESENTATION DE LA CLINIQUE DU ROUSSILLON

La Clinique psychiatrique du Roussillon est un établissement privé de psychiatrie situé au cœur de la ville de Perpignan. Elle dispose de 84 lits répartis sur deux étages et d'une capacité d'accueil de 100 places. Elle est composée de quatre services intra et extra hospitaliers :

- Un service d'hospitalisation en psychiatrie adulte comportant 45 lits.
- Un service d'hospitalisation en gérontopsychiatrie comportant 39 lits.
- Un service d'Hospitalisation De Jour adulte accueillant 15 patients par jours sur l'année.
- Un service d'Hospitalisation De Jour en Pédopsychiatrie accueillant 15 enfants par jour sur l'année de 6 à 12 ans.

La clinique du Roussillon dans la lignée des Cliniques Psychiatriques du Groupe Clinea accueille des patients atteints de pathologies mentales aiguës ou chroniques s'inscrivant dans une démarche de soin volontaire (hospitalisation libre). La clinique psychiatrique du Roussillon est spécialisée dans la prise en charge des troubles psychiatriques et le suivi psychothérapeutique : des détériorations cognitives accompagnées ou non de manifestations comportementales (DFT, Alzheimer, Démences mixtes, Korsakoff), des troubles de l'humeur (dépression, troubles bipolaires), des troubles anxieux (TOC, trouble panique, anxiété, phobie sociale), des addictions (dépendances aux boissons alcoolisées, addictions comportementales) ainsi que des troubles psychotiques.

LISTE DU PERSONNEL

EQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES			SUPPORTS THERAPEUTIQUES
<u><i>EQUIPE DE SOINS</i></u> - Psychiatres libéraux et salariés - Médecin généraliste - Responsable des soins - Infirmier(e) référent(e) - Psychologues - Infirmier(e)s - Assistante Sociale - Psychomotricienne - Aides soignantes/AMP/ASG - Kinésithérapeute libéral - Musicothérapeute - Pharmacien - Animatrice - Educateur Sportif - Ergothérapeute	<u><i>EQUIPE TECHNIQUE</i></u> - Gouvernante - ASH - Hommes d'entretien - Référent qualité	<u><i>EQUIPE DE DIRECTION</i></u> - Administratifs - Directeur d'exploitation	- Entretiens médicaux, psychologiques et infirmiers - Pôle activités - Activités physiques et sportives - Activités à médiations thérapeutiques (photos, jeux) - Musicothérapie - Activités de stimulation cognitive - Groupe de paroles pour les aidants naturels
Action favorisant le bien-être et l'autonomie du patient			

Dossier Médical (à remplir par le Médecin et à mettre sous pli cacheté)

NOM :

DATE DE NAISSANCE (AGE) :

PRENOM :

SEXE : F M

Dossier rempli par le Docteur :

Médecin traitant

Médecin adresseur

Psychiatre

COURRIER MEDICAL A JOINDRE

(à remplir dans l'encart ci-dessous ou sur un document à l'entête du médecin signé et cacheté précisant le motif d'hospitalisation, l'état actuel du patient, les antécédents connus et le GIR estimé).

MOTIF D HOSPITALISATION :

IDEES SUICIDAIRES : Non Oui

RISQUE DE FUGUE : Non Oui

COMPORTEMENT AGRESSIF/AGITATION au cours du dernier mois : Non Oui

OBJECTIFS ATTENDUS :

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES :

Dernière Hospitalisation en Psychiatrie : Année :

Établissement :

ANTECEDENTS MEDICAUX/CHIRURGICAUX :

TRAITEMENT EN COURS (joindre une copie de l'ordonnance et des derniers bilans biologiques) :

État cutané : Bon Rougeur Phlyctène – Localisation : Escarre- Localisation :

PATIENT PORTEUR D UNE INFECTION : Non Oui, à préciser :

ALLERGIE(S) CONNUE(S) :

EVALUATION COGNITIVE REALISEE : Non Oui : MMSE :

GIR ESTIME (CF grille Nationale AGGIR et Document GIR en annexe) : 1 2 3 4 5 6

(Merci de scorer correctement le GIR car l'établissement est en incapacité de prendre en charge certaines dépendances)

Fait à :

le :

Cachet et signature :

Dossier de Soins (à remplir par le patient, les aidants ou l'IDE)

NOM :
DATE DE NAISSANCE (AGE) :

PRENOM :
SEXE : F M

POIDS :

TAILLE :

HABITUDES ALIMENTAIRES :

REPAS : Normal Mixé Haché
 REGIME ALIMENTAIRE : Non Diabétique Hypocalorique San sel Sans fibres Sans résidu Sans porc
 COMPLEMENTS ALIMENTAIRES : Non Oui
 TROUBLE DE LA DEGLUTITION : Non Oui
 ALLERGIE(S) ALIMENTAIRE(S) : Non Oui, à préciser :

AUTONOMIE :

APPAREILLAGE : Canne Déambulateur Fauteuil roulant Lunettes
 Appareil auditif : Dentier

	OUI	NON	Commentaires
Se déplace seul?			
Effectue seul ses transferts?			
S'habille seul?			
Fait sa toilette seul?			
S'alimente seul?			
Présente des troubles de l'élimination?			Type?
Communique aisément avec l'entourage?			

A Chuté au moins 1 fois au cours du dernier mois : Non Oui

TROUBLE DU COMPORTEMENT ET DES CONDUITES :

	OUI	NON	Commentaires
Agressivité?			
Désorientation temporo-spatiale?			
Troubles mnésiques?			
Déambulations?			
Problèmes pour vivre en collectivité?			
Troubles alimentaires?			
Troubles du sommeil?			

Avis Commission d'Admission (cadre réservé) : <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable Réalisé le : Validé par : Date d'admission prévue :
--

TROUSSEAU

NÉCESSAIRE DE TOILETTE

- Brosse à dents + Dentifrice
- Peigne ou Brosse à cheveux
- Shampoing + Gel douche + déodorant
- Rasoirs + mousse à raser + Lotion après rasage (pour les hommes)
- Eau de Cologne
- Colle à dentier + pastilles + boîte à dentier

Nécessaire à renouveler régulièrement

LINGE PERSONNEL

- Chemises de nuit ou pyjamas
- Culottes /slips (sauf si incontinence)
- Soutien- gorge
- Maillot de corps en coton
- Paires de chaussettes
- Collants
- Pantoufles non glissantes (pas de mules)
- Chaussures
- Vêtements de jour (robes,pantalons, ...)

► Selon l'état de dépendance de la personne, des vêtements adaptés au handicap seront nécessaires.

► L'entretien du linge est assuré par les proches

► Possibilité sur demande et après entente avec la lingerie d'entretenir la totalité des vêtements (voir tarif)

► Le linge personnel devra être renouvelé au fur et à mesure des besoins,sur demande du personnel.

► Le linge doit être marqué des noms et prénoms,l'établissement déclinera toute responsabilité en cas de perte.

► Les protections anatomiques sont fournies moyennant un coût (voir tarif)

INFORMATIONS RELATIVES A L'HOSPITALISATION

Madame, Monsieur,

La Clinique du Roussillon est un lieu de soins ouvert. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser le programme de soin. Si vous accepter le programme de soin, votre engagement doit être complet. Pour cela, vous vous engagez à honorer le contrat d'hospitalisation ainsi que le règlement intérieur que vous trouverez dans les pages suivantes.

Afin de préparer au mieux votre hospitalisation, veuillez respecter ces recommandations et vous munir :

- de votre Carte Vitale
- de votre Attestation CMU (en cours de validité, si vous en bénéficiez)
- de votre Carte Mutuelle (en cours de validité, si vous en possédez une)
- de votre Carte d'Identité ou Passeport (en cours de validité)
- des derniers documents médicaux et de vos ordonnances
- d'un chèque de caution de 300 Euros à l'ordre de : Clinique du Roussillon
- de linge de toilette pour au moins 14 jours (voir fiche annexe : Trousseau de toilette)
- de monnaie / argent en espèce

FIN DE SEJOUR

Le jour et l'heure de votre sortie sont fixés en accord avec votre médecin psychiatre. La sortie doit faire l'objet d'une préparation administrative et médicale. Ainsi, votre suivi médical sera élaboré en amont de votre sortie. Vos examens médicaux vous seront restitués et une lettre de liaison vous sera remise et sera adressée à votre médecin selon votre accord.

DOCUMENT EXPLICATIF DES GIR

Degrés de dépendance et aide adéquate	
GIR 1	<p>Fonctions intellectuelles et motrices gravement altérées : Individu en fin de vie ou immobilisé dans un lit ou dans un fauteuil et dont les facultés mentales sont très atteintes</p> <p>➤ Nécessite une présence constante car la personne est totalement dépendante</p>
GIR 2	<p>Fonctions intellectuelles <u>ou</u> motrices sérieusement altérées : Individu immobilisé mais dont les facultés intellectuelles sont intactes, ou individu pouvant se déplacer mais dont les facultés mentales sont atteintes</p> <p>➤ Nécessite la présence d'une tierce personne quasi constante</p>
GIR 3	<p>Fonctions motrices altérées : Individu qui ne peut effectuer certains gestes de la vie quotidienne mais qui a conservé toutes ses facultés mentales</p> <p>➤ Nécessite une aide partielle mais quotidienne pour les gestes de la vie quotidienne</p>
GIR 4	<p>Fonctions motrices légèrement altérées : Individu pouvant effectuer les gestes de la vie quotidienne mais qui ne peut se déplacer seul, ou individu qui peut se déplacer seul mais qui ne peut effectuer certains gestes</p> <p>➤ Nécessite une aide partielle et éventuellement quotidienne selon les cas</p>
GIR 5	<p>Fonctions motrices occasionnellement diminuées : Individu ayant occasionnellement les fonctions motrices diminuées</p> <p>➤ Nécessite une aide occasionnelle uniquement pour certains gestes</p>
GIR 6	<p>Personne autonome</p>

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PATIENT ET/OU DE SON
REPRESENTANT LEGAL
DU PATIENT EN SERVICE PROTEGE**

Je soussigné(e) M., Mme : _____

Si le patient n'est pas en capacité de remplir seul son consentement :

Je soussigné(e) M., Mme : _____

(nom, prénom et qualité),

demeurant à *(adresse complète)* _____

représentant légal de : _____

(nom et prénom de la personne hospitalisée) ,

déclare :

- Avoir pris connaissance des **conditions d'admission** à la clinique du Roussillon énoncées dans le livret d'accueil et plus particulièrement des **règles nécessaires à la vie commune dans l'établissement de soins**
- Avoir pris connaissance des **conditions de prise en charge en service protégé et consentir à ce que ladite personne en bénéficie**
La prise en charge en secteur protégé sera réévaluée en STAFF Clinique de façon hebdomadaire par le médecin psychiatre, en fonction de l'état clinique du patient
- Consentir à ce que soient pratiqués des **soins** sur ladite personne, **rendus nécessaires par son état**, selon les prescriptions du corps médical consulté et conformément aux données scientifiques reconnues pour la spécialité
- Autoriser le médecin psychiatre référent, après avoir été consulté, à délivrer des **autorisations de sortie en permission**, en cohérence avec l'état du patient

Par ailleurs :

- je m'engage à ce que toute détérioration du matériel médical et/ou paramédical, mobilier et/ou immobilière du fait du patient hospitalisé, soit remboursée à la clinique à sa valeur réelle

Fait à, Le

Titre, nom et prénom :

Signature :



Protocole d'admission pour personnes dépendantes

Direction des soins

La Clinique psychotérapique du Roussillon est un établissement de court séjour.

La Clinique du Roussillon s'engage à recevoir M..... , afin de lui prodiguer les soins appropriés à son état.

Ceux-ci sont inscrits dans un protocole passé entre le Médecin et la famille, l'institution ou l'établissement prescripteur du placement.

Des soins spécifiques : Diagnostics et examens par imagerie médicale, suivi neuropsychologique, rééquilibrage du traitement, séjour de rupture, prise en charge dans divers ateliers thérapeutiques seront mis en place.

Le patient et la famille sont informés des conditions d'hospitalisation et les acceptent. (service protégé, allées et venues limitées, et si l'état de santé le nécessite, installation dans une chambre d'apaisement)

La famille, l'institution ou l'établissement prescripteur s'engage à reprendre M..... au terme du séjour à la Clinique du Roussillon, sur décision du Médecin et de l'équipe soignante en charge du patient.

Monsieur, Madame.....

Établissement.....

Lu et approuvé (en toute lettre)

Signature