

# mediazur

*Avec vous, vers la consolidation d'un avenir plus sûr !*



04.42.62.97.93

clinique.mediazur@orange.fr



## MEDIAZUR CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

1100 avenue de la Ste Baume  
Quartier les Boyers  
13720 LA BOUILLADISSE

### DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Médiazur accueille les patients adultes présentant des troubles mentaux stabilisés pour des séjours à visée de réinsertion, de réadaptation, de réhabilitation ou de rupture.

L'établissement est agréé et conventionné par la Sécurité Sociale et la plupart des organismes sociaux.

Afin de nous permettre d'étudier votre demande dans les meilleurs délais, merci de bien vouloir nous faire parvenir les 3 parties dûment complétées obligatoires ainsi que les documents annexes listés :

- **dossier administratif et social**
- **dossier médical psychiatrique et traitement en cours**
- **dossier médical somatique et traitement en cours**

Le dossier complet est soumis à l'accord d'une commission d'admission. Après accord la demande est enregistrée. Une date d'entrée est ensuite proposée par téléphone avec un délai variable en fonction de la longueur de la liste d'attente. Une priorité est accordée aux demandes émanant de la région PACA.

Les réponses négatives sont faites systématiquement par courrier.

#### **DOCUMENTS ANNEXES à fournir avec le dossier**

L'ensemble de ces documents est nécessaire et détermine la délivrance d'une date d'admission.

- Photocopie de l'attestation des droits sociaux à jour
- Photocopie de la carte de Mutuelle pour la prise en charge du forfait journalier ou éventuellement la chambre particulière (si mutualiste)
- Photocopie de la carte C.M.U. en cours de validité (si aide médicale) pour le Forfait journalier
- 1 Photo
- Photocopie du carnet de vaccination
- Photocopie des résultats des derniers bilans sanguins et gynécologiques
- Photocopie du traitement en cours

## POUR INFORMATION AUX PATIENTS

Lors de votre admission vous devrez être munis de :

- nécessaire de toilette
- serviettes de toilettes
- un verre en plastique dur pour la prise des médicaments
- maillot de bain (pour les éventuelles sorties mer ou piscine selon la saison)
- chaussures de sports (activités extérieures)
- Accord sécurité sociale pour l'aller et le retour dans le cas d'un transport en VSL supérieur à 150 Km
- 1 chèque de caution de 405 € (séjour)
- 1 chèque de caution de 15 € (clef)

### Activités à but thérapeutique

Différentes activités vous seront proposées sur indication de votre médecin et du médecin qui vous suivra durant votre séjour, elles font partie intégrante des soins. La participation à la réunion communautaire hebdomadaire est obligatoire.

### Tarifs

Prix de journée : 118.10 € (au 1er juillet 2011)

L'attribution d'une chambre particulière fera l'objet d'une facturation supplémentaire.

Un chèque de caution (qui n'est pas encaissé) d'un montant correspondant au forfait journalier pour 30 jours (405 € en 2011), sera demandé au patient à son arrivée (sauf pour les patients bénéficiant de la CMU).

Un chèque de caution de 15 € sera demandé pour la clef de chambre.

### Extrait de règlement

Sont formellement interdits l'introduction d'objets dangereux (couteaux...) ainsi que le stockage et la consommation de boissons alcoolisées, de drogues et de médicaments (en dehors du traitement prescrit dans l'établissement).

Les appareils électriques ne sont pas autorisés, exceptés les rasoirs électriques et les sèche-cheveux. Des visites de contrôle des chambres sont prévues pour vérifier le respect du règlement **en présence ou pas du patient.**

L'utilisation du véhicule personnel durant le séjour est suspendue durant le séjour, sauf autorisation médicale. Les clefs et les papiers du véhicule seront demandés à l'admission.

# MEDIAZUR

## DOSSIER ADMINISTRATIF ET SOCIAL

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de jeune fille :

Sexe :  Masculin  Féminin

Né(e) le : ..... à : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

N° téléphone : Fixe ..... Portable.....

Situation de famille :  Célibataire  Marié  Pacsé  Vie maritale  Séparé  Divorcé

COMPOSITION DE LA FAMILLE : .....

.....

.....

VIE SOCIALE : .....

.....

.....

SCOLARISATION ou FORMATION PROFESSIONNELLE : .....

.....

.....

PROFESSION ou expériences professionnelles : .....

.....

.....

Séjour précédent à Relaxazur, La Médiatrice ou Médiazur ?  NON  OUI : date .....

### MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :

NON  OUI (Préciser) : .....

Si oui coordonnées :

Nom .....

Adresse .....

Téléphone.....Fax.....

Mail.....

**SERVICE SOCIAL (Nom et coordonnées) :**

S'agit-il du service social qui s'occupe du dossier de demande d'admission ?

Si non, coordonnées :

**RESSOURCES :**

Indemnités journalières  Pension d'invalidité  AAH, n° Dossier Cotorep : .....

RMI  Autre (préciser)

Préciser qui règle le forfait journalier :

Le patient  La mutuelle  CMU  Autre : .....

**PRISE EN CHARGE :**

N° SS : .....Assuré : .....

Bureau Payeur : .....

Droit ouvert jusqu'au : .....

Prise en charge :  80 %  100 %

Mutuelle :  NON  OUI (préciser)

Actuellement hospitalisé(e)  NON  OUI

**PROJETS EN COURS :** .....

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

**DÉMARCHES EN COURS :** .....

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

**PERSONNE A PRÉVENIR :**

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....  
.....

N° téléphone : Fixe .....Portable.....

Mail : .....

**MEDIAZUR**  
**DOSSIER MEDICAL PSYCHIATRIQUE**  
A compléter par le médecin psychiatre

NOM : .....Prénom : .....

**RAISON MOTIVANT LA DEMANDE DE SÉJOUR, FINALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE**

(La ou les raisons sont à préciser avec l'accord du patient)

- Convalescence (surveillance de l'évolution et adaptation du traitement psychotrope)
- Répétition de décompensations et hospitalisations en aigu (psychothérapie par ex)
- Rupture de chronicisation (pour évaluer et favoriser l'autonomie et les capacités d'adaptation)
- Soulagement de l'environnement
- Autre, préciser :

**DIAGNOSTIC ACTUEL**  
**diagnostic (CIM 10)**

Date d'entrée souhaitée : .....

**PROVENANCE**

- Domicile    CMP ou hôpital de jour    Etablissement psychiatrique    Centre Hospitalier
- Famille d'accueil

**PROJET THERAPEUTIQUE**

Mode de prise en charge thérapeutique envisagé (soumis à validation du médecin psychiatre de l'établissement) :

- Musicothérapie
- Théâtre
- Relaxation
- Sorties en groupe
- Groupe de parole
- Entretien « psychologue »
- Ergothérapie/Art thérapie
- Education à la maladie
- Autre, préciser : .....

Durée de séjour envisagée : .....

Modalités de sortie, projet ? Démarches en cours ? .....

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

Eléments du contexte psycho-familial paraissant en relation avec les difficultés actuelles du patient / Antécédents familiaux.....

.....  
.....

Eventuels épisodes psychopathologiques antérieurs et modalités des traitements instaurés .....

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

Eventuels séjours effectués dans des établissements psychiatriques (Hôpital, Clinique Post cure, Hospitalisation sous contrainte...) .....

Eventuels passages à l'acte (fugues, hétéro agressivité, TS...).....

**FICHE D'AUTONOMIE** : Type d'assistance requise

**ALIMENTATION**

- Seul
- Avec Aide
- Aide complète

**HYGIENE**

- Seul
- Avec Aide
- Aide complète

**HABILLAGE**

- Seul
- Avec Aide
- Aide complète

**INCONTINENCE**

- Urinaire
- Fécale

**DEPLACEMENT**

- Seul
- Avec Aide
- Aide complète

**COMMUNICATION**

- Normale
- Altérée

**TROUBLES COGNITIFS**

- Mémoire
- Orientation
- Compréhension
- Comportement
- Suggestions et particularités

**TRAITEMENT EN COURS** : Noter le traitement ou Joindre la photocopie de l'ordonnance en cours et les résultats d'une surveillance biologique si nécessaire .....

**PATIENT ADRESSE PAR :**

- Médecin psychiatre libéral
- Etablissement : .....
- Service : .....

*L'établissement d'origine s'engage à reprendre le patient si son état de santé nécessite un retour en hospitalisation*

Adresse : .....

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

Téléphone : ..... Télécopie : .....

Date, Signature du médecin (Tampon)

www.clinique-psychiatrique-mediazur.fr

SAS au Capital de 370 603,55 €

Tel : 04.42.62.97.93 / Fax : 04.42.62.97.94

Siret 380 300 558 00018 / Code APE 8610Z / R.C 91 B 82 URSSAF: 4 W 173994

**MEDIAZUR**  
**DOSSIER MEDICAL SOMATIQUE**  
A compléter par le médecin

Nom : .....Prénom : .....

**MÉDECIN TRAITANT DECLARÉ A LA CPAM** : NON OUI

Nom, prénom : .....

Adresse : .....  
.....

PRISE EN CHARGE 100% POUR AUTRE PATHOLOGIE QUE PSYCHIATRIQUE ?

NON OUI

Si oui laquelle : .....  
.....

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX SOMATIQUES** (datés) et **TRAITEMENTS** en cours .....

**NÉCESSITE D'UN REGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE** (soumis à la validation du médecin généraliste de l'établissement)

**ELECTROCARDIOGRAMME** NON OUI date .....

Joindre la photocopie des résultats

**BILAN SANGUIN** NON OUI date .....

Joindre la photocopie des résultats des derniers bilans

**BILAN GYNECOLOGIQUE** : NON OUI date : .....

Joindre la photocopie des résultats des derniers bilans

**CONTRACEPTION** NON OUI : .....

**ALLERGIE** NON OUI : .....

**CI MEDICAMENTEUSE** NON OUI : .....

**TABAC** NON OUI : .....

**ALCOOL** NON OUI : .....

**TOXICOMANIE** NON OUI : .....

**VACCINATION** DT Polio NON OUI date : .....

**VACCINATION** Hépatite NON OUI date : .....

Joindre la photocopie du carnet de vaccination