



**ASSOCIATION AMAFE
CENTRE DE POST-CURE DE KERDUDO**

Les cinq chemins

56 520 - Guidel

☎ 02 97 02 95 30

Fax : 02 97 02 95 45

www.centredekerdudo.com

centre-kerdudo@wanadoo.fr

**DOSSIER DE DEMANDE
D'ADMISSION**

Nom :

Prénom :

Date de la demande :...../...../.....

Origine de la demande :

Établissement hospitalier sollicitant l'admission :

.....

Adresse :.....

Code postal : Ville :

Tel : Poste :

Nom du médecin :

Coordonnées du service social :

Nom du travailleur social : Tel :

Joindre un bulletin de sortie au dossier d'admission

État civil :

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :/...../..... Lieu :

Nationalité :

Adresse :

Code postal : Ville:.....

Téléphone domicile : Portable :

Personne à prévenir en cas de nécessité :

.....

Situation familiale et sociale :

Célibataire Mariée Veuve Concubinage Divorce Séparation

En cas de divorce, précisez : Prononcé (date :/...../.....) Procédure en cours

Nombre d'enfants :

1. Prénom : Âge : 2. Prénom : Âge :

3. Prénom : Âge : 4. Prénom : Âge :

5. Prénom : Âge : 6. Prénom : Âge :

Nombre d'enfants à charge :

En cas de divorce ou de séparation, situation à l'égard des enfants :

Droit de garde Droit de visite Aucun droit

La garde est organisée pour la durée des soins : oui non

Préciser si les enfants bénéficient d'une mesure éducative :

Famille d'accueil Établissement spécialisé AEMO Autre

Coordonnées du service ou du travailleur social assurant le suivi :

.....

Nom du conjoint : Profession :

Relation au conjoint difficile : oui non

Quelles sont les relations de la patiente avec :

1. Sa famille proche : relation difficile oui non

-Parents :

.....

- Fratrie :

.....

.....

2. Son entourage :

.....

.....

Des relations ont-elles été reprises au cours de la cure et de quel soutien familial ou extra familial la patiente peut-elle bénéficier ?

.....

.....

Suivi social : Coordonnées des différents intervenants

.....

.....

Logement : Quel est le mode d'hébergement de la patiente ?

Locataire Propriétaire Hébergé (famille, amis...)

Structure collective SDF

Projet de relogement envisagé

.....

.....

Situation financière :

Ressources :

- | | |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Salaire | <input type="checkbox"/> Indemnités journalières |
| <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité | <input type="checkbox"/> RSA |
| <input type="checkbox"/> A.A.H | <input type="checkbox"/> Pension de retraite |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez la nature)..... | |

Mesure de tutelle ou de curatelle :

- Oui Coordonnées de l'organisme ou de la personne mandatée

- Non

Renseignements administratifs :

N° d'immatriculation sociale :

Organisme de prise en charge :

Adresse de l'organisme :

Droits ouverts jusqu'au :/...../..... (joindre la photocopie de l'attestation de la carte vitale)

Droits à : 80% 100%

Ticket modérateur pris en charge par :

Assuré social	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
CMU	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
(Si oui, joindre photocopie de l'attestation)		
Mutuelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Forfait journalier pris en charge par :

Assuré social	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
CMU	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
(Si oui, joindre photocopie de l'attestation)		
Mutuelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Mutuelle:..... Adresse:.....

: N° de contrat :

(joindre photocopie de carte de mutuelle)

Hors transfert direct du Centre Hospitalier au Centre de Kerdudo, l'accord de prise en charge doit parvenir à l'établissement avant l'admission de la patiente.

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse actuelle :

Code postal : Ville : ☎ :

Date d'entrée à l'hôpital :/...../..... Date de sortie envisagée :/...../.....

Nom et adresse du service prescripteur:.....
.....

Alcoologie hospitalisation médecine générale
 Psychiatrie HDT : oui non
 Autre (à préciser)

Service du Docteur..... ☎ :

Histoire de l'intoxication : (durée, type, quantités...)

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

Autres toxicomanies repérées :

Tabagisme : oui non
Si oui démarche de sevrage antérieur :

Benzodiazépine : oui non
Si oui : sevrage effectif supérieur à mois

Héroïne, Cocaïne : oui non
Si oui : sevrage effectif supérieur à mois
Programme de substitution en cours :

Cannabis : oui non
Si oui : sevrage effectif supérieur à mois

Cures antérieures :		
Dates :	Etablissements :	Service du Docteur :
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		


Post-cures antérieures :		
Dates :	Etablissements :	Service du Docteur :
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Suivi alcoologique : Oui Non

Si oui, précisez : CSAPA Service d'alcoologie


Association Suivi psychiatrique Suivi Psychologique

Coordonnées de l'organisme effectuant le suivi :.....

.....  :

Médecin traitant :

Nom : Adresse:.....

.....  :

Antécédents :

1. Allergies :

.....

.....

2. Antécédents médicaux:

.....

.....

3. Antécédents chirurgicaux :

.....

.....

.....

4. Antécédents gynéco-obstétricaux - Contraception:

.....

.....

.....

5. Antécédents psychiatriques: (compte rendu détaillé à joindre en annexe si nécessaire)

.....

.....

.....

.....

.....

Situation actuelle:

1. Equilibre statur pondéral : Poids:..... Taille:.....

2. Etat psychologique :

.....

.....

.....

.....

.....

3. Etat neuro-psychologique :

Transmission des résultats des tests (MOCA-BEARNI) et/ou bilans :

.....

.....

.....

4. Système nerveux :

Antécédents de crises comitiales ou autres : (si oui, type de la comitialité, est-elle équilibrée ?)

.....

.....

.....

Manifestations éthylo-carentielles :

.....

E.E.G :

.....

Pathologies neurologiques:

.....

.....

5. Appareil cardio-vasculaire: (joindre une copie des examens complémentaires significatifs)

.....

.....

.....

.....

6. Appareil respiratoire: (joindre une copie des examens complémentaires significatifs)

.....
.....

7. Appareil digestif:

Oeso-gastro-entérologique: (varices œsophagiennes, oesophagites, etc.)

.....
.....

Hépatique: (si cirrhose, précisez la classification)

.....
.....

Pancréatique:

.....
.....

8. Appareil endocrinologique : Diabète

.....
.....

9. Troubles sphinctériens - Enurésie - Incontinence urinaire et fécale :

.....
.....

10. Etat dentaire et ophtalmologique, auditif et locomoteur :

.....
.....

11. Dernier bilan biologique: Date:...../...../.....

- NFS-VS-Plaquettes:.....
- Gama-GT:.....
- VGM:
- ASAT:.....
- ALAT:
- TP:
- Plaquettes:
- Bilirubines:
- Triglycérides:
- Cholestérol:
- Albuminémie:
- Phosphatases alcalines:
- Autres: (VIH, HBC,HBS..., joindre une copie du dernier bilan réalisé)
-

12. Appareil locomoteur: Pour participer aux activités du centre, la patiente doit être autonome dans ses déplacements.

Périmètre de marche :.....

La patiente se déplace avec:

Canne Béquilles Déambulateur Fauteuil roulant

13. Autonomie :

Habillage oui non

Alimentation oui non

Motivation pour les soins

1. Comportement en service hospitalier et motivations pour un séjour de trois mois en post-cure:

.....

2. L'état de santé de la patiente est-il compatible avec la vie en collectivité ?

Oui Non Difficultés repérées :.....

.....

3. En cas de problèmes rendant la poursuite des soins en post-cure impossible, la patiente peut-elle être réadmise dans votre unité de soins ?

Oui Non Autre orientation possible:.....

Traitement médical de la patiente:

1.....	Posologie:.....
2.....	Posologie:.....
3.....	Posologie:.....
4.....	Posologie:.....
5.....	Posologie:.....
6.....	Posologie:.....
7.....	Posologie:.....

Prévoir l'arrivée de la patiente au centre avec un traitement pour deux jours

Fait le..... A.....

Signature et cachet du médecin prescripteur :

Lettre de motivation écrite par la patiente

A series of horizontal dotted lines for writing.

**ASSOCIATION AMAFE
CENTRE DE POST-CURE DE KERDUDO**

Les cinq chemins
56 520 - Guidel
☎ 02 97 02 95 30
Fax : 02 97 02 95 45
www.centredekerdudo.com
centre-kerdudo@wanadoo.fr

Documents à joindre au dossier de demande d'admission :

- Lettre de motivation pour un séjour en post-cure
- Photocopie de l'attestation jointe à la Carte Vitale
- Photocopie de la carte de mutuelle ou attestation CMU
- Comptes rendus et bilans médicaux et biologiques