



Dossier d'ADMISSION

Adolescents (11 à 17 ans)

Patient

NOM :

Prénom :

Né(e) le

Professionnel adressant

Médecin traitant Pédiopsychiatre Référent Autre :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Portable :

Mail :

Le Centre d'hospitalisation de Jour et de Guidance « La Maison d'ARTEMIS » dispose d'une autorisation sanitaire de 10 places pour des jeunes âgés de 11 à 17 ans.

Il a pour mission d'accueillir et soigner les jeunes patients du Loir et Cher souffrants de troubles psychiques et psychiatriques qui nécessitent des soins spécialisés dans un cadre adapté.

Le projet de soins individualisé tient compte des répercussions familiales, éducatives, scolaires et sociales.

Il propose une transition vers l'autonomisation et la réinsertion scolaire ou professionnelle dans un parcours de soins territorial coordonné.

Une équipe pluridisciplinaire accueille, soigne, anime, accompagne le jeune, sa famille et son entourage en tenant compte des aspects psychothérapeutique, socio-pédagogique et psycho-éducatif.

La Direction

Madame, Monsieur,

Pour faciliter votre admission au sein de la Maison d'Artémis, merci de compléter le dossier ci-joint composé de :

- **1 - Dossier socio administratif**
- **2 - Dossier médical (3 volets)**
- **3 - Dossier pédagogique**
- **4 - Questionnaire**
- **5 - Lettre de motivation**
- **6 - Attentes de votre entourage**
- **7 - Autorisation de soins par autorité parentale**
- **8 - Transports**

Veillez joindre à ce dossier des copies de (ou apporter lors des visites de préadmission) :

- **Carte nationale d'identité** ou Passeport
- **Livret de famille (en intégralité)**
- **Carnet de vaccination**
- Attestation d'Assuré Social justifiant de l'ouverture de vos droits,
- Carte de Mutuelle Complémentaire, (copie recto-verso)
- Attestation de responsabilité civile et individuelle en cours de validité.

Admission

Votre demande sera examinée par l'équipe pour évaluation de l'indication et pertinence de l'hospitalisation. Une réponse vous sera systématiquement adressée.

En cas d'avis favorable, deux RV de pré-admission vous seront proposés. Vous rencontrerez le médecin psychiatre, les professionnels de l'Unité et visiterez l'établissement. Cette première approche est une étape essentielle pour la mise en place du projet thérapeutique. La visite sera facturée soit par une consultation psychiatrique, soit en hospitalisation de jour. Dans tous les cas munissez-vous de votre justificatif d'assurance sociale (carte vitale et attestation).

Frais d'hospitalisation

L'établissement est conventionné avec les Caisses d'Assurance Maladie, les tarifs sont facturés sous forme de « forfaits soins » correspondant aux prises en charges individuelles ou collectives. La tarification applicable est affichée au bureau d'accueil.

Les représentants légaux s'engagent sur l'honneur à régler tous les frais de séjour non pris en charge par l'Assurance Maladie, la Mutuelle ou Assurances privées (ticket modérateur, frais divers...).



Date et signatures

1-DOSSIER SOCIO ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL

NOM

Prénom

Date de naissance

Lieu de naissance

COORDONNEES

N°, rue, avenue, boulevard... ..

Code Postal Ville.....

Tel Mobile Mail.....

Domicile Fixe

FAMILLE – ENTOURAGE

PERE Nom..... Prénom.....

Né le à.....

Domicilié à

Joignable au Tel 1..... Tel 2.....

Profession

MERE Nom..... Prénom.....

Née le à.....

Domiciliée à

Joignable au Tel 1..... Tel 2.....

Profession

SITUATION MATRIMONIALE PARENTS Célibataire Mariés Pacsés Séparés Divorcés Veuf

PERSONNE à JOINDRE (autre que parents, amis, famille d'accueil, foyer...)

Nom Prénom.....

Domicilié à

Tél Mail

PROTECTION SOCIALE

CAISSE ASSURANCE MALADIE

n° SS.....

Adresse

.....
.....

Joindre Attestation Carte Vitale

MUTUELLE

n° Adhérent.....

Adresse

.....
.....

Joindre copie de la carte

CAISSE ALLOCATION FAMILIALE

n° Allocataire.....

Adresse

.....
.....

Joindre Attestation

MDPH

n° Dossier.....

Adresse

.....
.....

Joindre notifications des prestations obtenues

ASSISTANTE SOCIALE

Nom

Adresse.....

.....

Tel..... Mail.....

REFERENTS EDUCATIFS ET JUDICIAIRES

SERVICE EDUCATIF

Oui Non

Adresse.....

Référent

.....

Tel

Mail

JUGE AUX AFFAIRES FAMILIALES

Adresse.....

.....

Tel

Mail

TRIBUNAL POUR ENFANTS

Adresse.....

.....

Tel

Mail

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE

Adresse.....

.....

Tel

Mail

2-DOSSIER MEDICAL

VOLET 1 — REFERENTS MEDICAUX

MEDECIN TRAITANT (déclaré à la sécurité sociale)

Dr (NOM Prénom).....

Adresse.....

Tel..... Mail.....

SPECIALISTES

Spécialité 1° Dr..... Tel.....

Spécialité 2° Dr..... Tel.....

Spécialité 3° Dr..... Tel.....

PSYCHIATRES / PEDOPSYCHIATRES / PSYCHOLOGUE / PSYCHOTHERAPEUTE

1 Tel.....
..... Mail.....

2 Tel.....
..... Mail.....

3 Tel.....
..... Mail.....

INTER SECTEUR PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE, AUTRES STRUCTURES

CMP, CMSP, CMPP Tel.....
..... Mail.....

SANTE SCOLAIRE

Médecin scolaire Tel.....

Infirmière scolaire Mail.....

PHARMACIE d'OFFICINE

NOM : Tel.....

Fax..... Mail.....

VOLET 2 — DOSSIER SOMATIQUE

A faire remplir par votre médecin traitant

NOM :.....

Prénom :.....

Date de naissance : Taille : Poids :.....

Date à laquelle ce document est complété par votre médecin :

Médecin : Tampon et signature

Allergie(s) connue(s) :

Facteurs de risques somatiques :

- Immunodépression connue (greffe, cancer, diabète, déficit immunitaire...)
- Trouble métabolique, endocrinien
- Trouble nutritionnel
- Affection somatique chronique
- Affection douloureuse significative, actuelle ou passée
- Autres : précisez.....

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents gynéco-obstétricaux :

Contraception actuelle :

Pathologies actuelles

Traitement somatique en cours (joindre copie des ordonnances) :

Soins paramédicaux en cours : type et fréquence

Kinésithérapie Orthophonie Psychomotricité Ergothérapie Rééducation Autre

.....

Faut-il prévoir de poursuivre ces soins durant le séjour à la Maison d'Artémis ? Oui Non

- Copie du dernier bilan biologique (dont Prolactine, thyroïde et sérologies)
- Copies des résultats des derniers examens complémentaires réalisés (Radios, ECG, IRM, EEG...)
- Copie du carnet de vaccinations
- Veuillez apporter le carnet de santé lors des RV de Pré-admission

Note d'information destinée aux parents d'adolescents de 11 à 17 ans

Notre établissement est engagé dans la lutte contre les infections nosocomiales. Compte tenu de la recrudescence d'infections liées à l'abandon de la vaccination, nous recommandons vivement les mesures préventives suivantes. Si votre enfant est hospitalisé à la maison d'Artémis, vous devrez vous munir des **justificatifs de vaccinations à jour** contre :

- l'hépatite B.
- le méningocoque C
- le tétanos
- la coqueluche
- la rougeole

Vous pouvez vous adresser à votre médecin traitant pour avoir ces informations. Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

VOLET 3 — DOSSIER PEDOPSYCHIATRIQUE

A faire remplir par votre psychiatre ou pédopsychiatre

Antécédents psychiatriques familiaux

Antécédents psychiatriques personnels

Événements significatifs depuis la naissance

(Troubles du comportement, difficultés scolaires, camsp, suivi pédopsychiatrique, placement, IME, ITEP...)

Histoire récente de la maladie

Situations à risque psychiatrique

- Idées et/ou comportements suicidaires
- Fugues
- Mésusages et addictions (toxiques et comportements)
- Désocialisation (scolaire, professionnelle, familiale, amicale)
- Relation d'emprise, perte du sens critique
- Négligences, maltraitances et abus (sexuels, physiques, émotionnels)
- Autres

Bilans déjà réalisés (EEG, IRM, psychologiques, neuropsychologiques...)

Traitements en cours

Surveillances particulières (NFS, traitements, injections...)

Projets attendus

Devenir et suivi à la sortie

Référents psychiatriques

(Psychiatre, psychologue, IDE...)

Médecin Psychiatre : Tampon et signature

3 – DOSSIER PEDAGOGIQUE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Documents à joindre :

- Certificat d'inscription en milieu scolaire,
- Coordonnées du dernier établissement fréquenté,
- photocopies des bulletins trimestriels de l'année scolaire en cours et ceux de l'année précédente.
- photocopies des diplômes ou attestations de réussite (Brevet des collèges, CAP, BEP etc.)
- questionnaire (ci-après)

QUESTIONNAIRE PEDAGOGIQUE

1. Parcours Scolaire

Age et classe de début des premières difficultés scolaires.....

Nature des difficultés :

Relations aux pairs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Comportement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Apprentissages	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Hyperactivité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rapport à l'autorité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Isolement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Problèmes de séparation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Harcèlement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Problèmes somatiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Violence	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

2. Impact sur les résultats

Lecture	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Discipline	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ecriture	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Absentéisme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Calcul	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Décrochage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mémoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Phobie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Concentration	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Sommeil	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3. Situation Actuelle

Votre enfant :

Est-il inscrit(e) dans un établissement scolaire Oui Non

Lequel :

Classe :

Nom et Prénom du CPE :

Nom et Prénom du Professeur Principal :

A-t-il interrompu sa scolarité ? Oui Non

Si Oui, Depuis quand ?

Combien de temps ?

Avez-vous renoncé à ce qu'il poursuive sa scolarité ? Oui Non

Si Oui, quels nouveaux projets vous semblent possibles
.....

4. Orientation

L'orientation actuelle de votre enfant est-elle source de problèmes ? Oui Non

Quels problèmes :

Envisagez-vous une autre orientation ? : Oui Non

Si Oui laquelle :

5. Activités Professionnelles

Votre enfant a-t-il exercé des activités professionnelles ? Oui Non

(Stage, apprentissage, job d'été, etc.)

Si Oui, lesquelles, à quelles dates, combien de temps

.....

.....

Votre enfant a-t-il une idée du métier qu'il souhaite exercer Oui Non

Le ou lesquels

.....

.....

4 - QUESTIONNAIRE

(à compléter par le patient et/ou sa famille)

Votre admission au sein de la Maison d'Artémis nécessite d'étudier un certain nombre d'éléments. Les informations ci-dessous nous permettent d'évaluer la manière dont vous percevez vos difficultés et vos soins.

→ Vos difficultés sont-elles ?

Fréquentes Rares anciennes récentes

→ Dans quelles circonstances surviennent-elles ?

Famille Vie Professionnelle, scolaire Relations aux autres évènements particuliers

→ Suivez-vous, actuellement, un traitement ?

Médicamenteux Psychothérapique Autre

→ Avez-vous consulté :

Un médecin généraliste en consultation privée
 Un médecin psychiatre à l'hôpital
 Un psychologue autre

→ Avez-vous déjà : été hospitalisé pris un traitement médicamenteux

→ Cela vous a-t-il aidé ? Oui Non

→ Comment décririez-vous aujourd'hui votre situation et vos difficultés :

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

→ Envisagez-vous une durée de séjour Courte de quelques mois Longue

→ Qu'attendez-vous de votre séjour à la Maison d'Artémis ? (répondre dans le cadre Lettre de motivation ci-après)

5 - LETTRE DE MOTIVATION

Essayez de décrire vos difficultés et d'exprimer vos attentes concernant les soins :

Signature.....

6 - ATTENTES DE VOTRE ENTOURAGE

Demandez à vos proches d'écrire ci-dessous leur compréhension de vos difficultés et leurs attentes concernant les soins

Signatures.....

7 - AUTORISATION DE SOINS DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

Père : NOM	Mère : NOM
Prénom	Prénom
Né le.....	Née le.....
A	A.....
Adresse :	Adresse :
.....
.....
.....
Téléphone :	Téléphone :

Intervenant en ma qualité de représentant légal du jeune :

NOM	Prénom
	...
Né (e) le.....	à.....
Demeurant	
à :	
.....	

Hospitalisé à la maison d'Artémis le

Date d'admission :

Sous la responsabilité

Médecin Référent de la Maison d'Artémis

Directeur de la Maison d'Artémis

Tampon Médecin et signature

Tampon et signature

Déclare avoir pris connaissance des conditions générales d'accueil et de soins à la Maison d'Artémis et avoir autorisé toutes les mesures thérapeutiques nécessaires dont activités extérieures. Je précise que cette hospitalisation a été consentie après une visite de l'Etablissement (consultation de pré admission) et prend acte qu'elle s'effectue dans un service de psychiatrie infanto-juvénile ouvert et libre, accueillant des jeunes patients de 11 à 17 ans souffrant de pathologies variées. J'ai pris connaissance du règlement intérieur de l'Etablissement et en tant que représentant légal en accepte les conditions. En cas de transgression, j'autorise la direction à prendre les mesures nécessaires.

En cas d'urgence, j'autorise le transfert du jeune dans les services adaptés (hôpital général, service des urgences....) et son rapatriement au sein de la maison d'Artémis par l'un de ses agents.

Fait à Blois, le

Signatures

Formulaire établi en double exemplaire et remis lors de la procédure d'admission.
original conservé dans le dossier du patient ° Copie remise en main propre aux signataires

8 – TRANSPORTS

Merci de préciser les modalités de transport envisagées :

Mode de Transport (cocher les cases)	Aller	Retour
Véhicule particulier		
Autobus		
Train		
Transport sanitaire *		

* En cas d'admission, le médecin de la Maison d'Artémis peut établir une prescription de transport sanitaire

* Les responsables légaux ou éducateurs référents commandent le taxi aux horaires définis dans le projet de soins

* Au-delà de 50 kms aller, une demande d'entente préalable de transport sanitaire doit être adressée au médecin conseil de la CPAM (délai de réponse 15 jours).

Merci d'indiquer les coordonnées de la société de transport sanitaire proche de chez vous

SOCIETE DE TRANSPORTS SANITAIRES

NOM de la Société

Adresse

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

Responsable

Tel

Mail

.....

.....

Fax

.....

Partie réservée aux professionnels de la Maison d'Artémis

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

IPP :

OBSERVATIONS concernant l'admission :

Dates

Dossier reçu le	Consultation pré admission n°1	Date Admission	Refus Motif du refus
Dossier examiné le	Consultation pré admission n°2	Référents Artémis	Autre orientation