



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 l'admission et le projet de soins de votre enfant 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 du jeune
- 6 - Courrier des parents
- 7 - Autorisation de soins par autorité parentale
- 8 – Moyens de transport

Veillez joindre à ce dossier des copies de :

- **Livret de famille (en intégralité)**
- Attestation de Sécurité Sociale justifiant de l'ouverture de vos droits,
- Carte de Mutuelle Complémentaire, (copie recto-verso)
- Attestation de responsabilité civile et individuelle en cours de validité.

Visite de Préadmission

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

En cas d'avis favorable, un RV de préadmission est proposé. Vous rencontrez un professionnel de l'Unité et visitez l'établissement. Cette première approche est une étape essentielle pour la mise en place du projet thérapeutique. **Pour cette visite munissez-vous des originaux de :**

- **Carte nationale d'identité du jeune**
- **Carte nationale d'identité des parents (au moins de l'un d'entre eux)**
- **Carnet de santé dans son intégralité**

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 du Mail.....
jeune

FAMILLE – ENTOURAGE

PARENT 1 Nom..... Prénom.....

Né le à.....

Domicilié à

Joignable au Tel 1..... Tel 2

Mail Profession

PARENT 2 Nom..... Prénom.....

Née le à.....

Domiciliée à

Joignable au Tel 1 Tel 2

Mail Profession

SITUATION MATRIMONIALE PARENTS Célibataire Mariés Pacsés Séparés Divorcés Veuf

PERSONNE à JOINDRE (autre que parents)

Nom Prénom.....

Domicilié à

Tél Mail

Liens avec le
jeune

PROTECTION SOCIALE

CAISSE ASSURANCE MALADIE
Adresse

n° SS.....

.....
.....

Joindre Attestation Carte Vitale

MUTUELLE
Adresse

n° Adhérent.....

.....
.....

Joindre copie de la carte

MDPH
Adresse

n° Dossier.....

.....
.....

Joindre notifications des prestations obtenues

ASSISTANTE SOCIALE : Nom

Adresse.....

.....

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

REFERENTS EDUCATIFS ET JUDICIAIRES

SERVICE EDUCATIF Oui Non Adresse.....
Réfèrent

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 :

Médecin : Tampon, date, signature :

ANTECEDENTS FAMILIAUX

ANTECEDENTS PERSONNELS

Facteurs de risques somatiques :

Allergies

.....

Immunodépression connue (greffe, cancer, diabète, déficit immunitaire...)

Trouble métabolique, endocrinien

Trouble nutritionnel

Affection somatique chronique

Affection douloureuse significative, actuelle ou passée

Autres : préciser.....

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents gynéco-obstétricaux :

.....

Contraception actuelle :

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...)

Veillez apporter le carnet de santé lors des RV de Pré-admission

Vaccins : Compte tenu de la recrudescence d'infections liées à une baisse de la couverture vaccinale nous recommandons vivement la mise à jour du carnet de vaccinations selon le schéma suivant (mars 2019)

- **Hépatite B** : Pour adolescents de 11 à 15 ans révolus et non vaccinés antérieurement : schéma à 2 doses Mo M6 (Engerix B20)
- **Méningocoque C** : 1 dose à 5 mois + rappel à 12 mois. Rattrapage entre 12 mois et 24 ans : 1 dose (Neisvac)
- **Diphtérie, tétanos, poliomyélite** 2 injections à 2 mois et 4 mois + rappel à 11 mois. Puis rappel à 6 ans (DTCaPolio) et entre 11 et 13 ans
- **Coqueluche** : 2 injections à 2 mois et 4 mois + rappel à 11 mois. Puis rappel à 6 ans (DTCaPolio) et entre 11 et 13 ans
- **Rougeole, Oreillons, Rubéole** : 12 mois + 16 – 18 mois
- **Haemophilus influenzae de type b (nourrisson)** : dose à 2 mois et 4 mois + rappel à 11 mois
- **Papillomavirus** : filles entre 11 et 13 ans révolus : Mo + M6 entre 14 et 19 ans révolus Mo, M2, M6 (Gardasil)
- **Pneumocoque** : M2 M4 M11 (VPC 13)

Douleur : N'hésitez pas à nous signaler si votre enfant est sujet à des douleurs

→ 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, maltraitements 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 Pédo-Psychiatre : Tampon, date, 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 jeune 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 DU JEUNE

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

Signature.....

6 – COURRIER DES PARENTS

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 – MOYENS DE TRANSPORT

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



1^{er} contact le	Dossier examiné le	Consultation pré admission	Date Admission
Dossier reçu le	Refus Motif du refus	Autre orientation	Référents Artémis