



UNITE POUR MALADES DIFFICILES (UMD) CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY

DOSSIER ADMINISTRATIF D'ADMISSION

Dossier à compléter et à transmettre à :

CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY
Service de l'Accueil et de la Gestion des Malades
4 Rue Paul Eluard
BP 45
76301 SOTTEVILLE LES ROUEN CEDEX 1
Tél : 02-32-95-18-88
Fax : 02-32-95-11-51
Mail : bureau.entrees@ch-lerouvray.fr

Renseignement UMD
Secrétariat
Tél : 02-32-95-68-41
Fax : 02-32-95-68-47
Mail : secretariat.umd@ch-lerouvray.fr

1°) ETABLISSEMENT DE SANTE DEMANDEUR

Nom de l'établissement :
Adresse :
Commune : CP :
Code FINESS établissement :

Personne à contacter du service des admissions/bureau des entrées

Nom : Prénom : Fonction :
Tél : Fax : Mail :

SERVICE/UNITE MEDICAL DEMANDEUR :

.....
Médecin responsable :
Secrétariat médical : Tél : Fax : Mail :

2°) PATIENT CONCERNE (copie pièce identité à transmettre)

NOM : Prénom :
Date de naissance : à Dépt ou pays :
Nationalité :
Adresse : Commune..... CP :
Tél portable :

SDF : OUI

Situation familiale : Nb d'enfants :

Modalités éventuelles de visite des enfants mineurs.....
.....
.....

SITUATION PROFESSIONNELLE AVANT HOSPITALISATION

Profession exercée :.....

Dernier employeur :

Si demandeur d'emploi : Pôle Emploi (Nom et Adresse de l'Agence) :

.....

N° de dossier :.....

Le patient est mineur

Autorité parentale (père/mère)

Nom.....Prénom.....Adresse.....

.....Tél.....

Si mineur confié à l'ASE (copie décision du Conseil Général)

Service de l'ASE compétent (Adresse/Tél/Fax/Mail)

.....

Si tuteur ou curateur (Références, adresse/Tél/Fax/Mail)

.....

Niveau de scolarité ou d'étude du mineur :.....

Le patient est détenu

Date d'incarcération :.....N° d'écrou :.....

Date de fin de peine :.....

Maison d'Arrêt /Centre de Détention (Nom, adresse).....

.....

Tél greffe :

SPIP (éducateur référent)

Nom.....Prénom.....Tél.....

Avocat

.....Tél.....

Appels téléphoniques

autorisés :.....

.....

Visites autorisées (copie des autorisations de visites en cours)

.....

.....

Droits de correspondance :

.....

.....

.....

3°) HISTORIQUE DE LA PRISE EN CHARGE EN SOINS PSYCHIATRIQUES

Date d'admission en soins sous contrainte dans votre établissement :

Régime d'hospitalisation

(SDRE – SDRE « pénalement irresponsable » – SDRE détenu) : Préciser

Depuis le (Fournir copie arrêté préfectoral ou décision judiciaire)

Copie des principales pièces du dossier de SDRE :

- arrêté préfectoral d'admission initiale (ou décision judiciaire)
- arrêtés préfectoraux de maintien en hospitalisation complète ou sous une autre forme (ex-sortie d'essai) et certificats médicaux mensuels intervenus dans les 6 mois
- dernière décision (jugement) du Juge des Libertés et de la Détention (JLD)
- si irresponsable pénale, copie de la décision de non lieu ou du jugement d'irresponsabilité

Expertises psychiatriques le cas échéant

4°) MESURE DE PROTECTION

Nature de la mesure de protection tutelle curatelle sauvegarde de justice

Depuis le.....

Référence du « tuteur ou curateur »

Nom..... Prénom..... Tél.....

Adresse.....

Mail.....

5°) FAMILLE ET PROCHES

Personnes à prévenir

Nom..... Prénom..... Qualité.....

Adresse..... Tél.....

Personne de confiance (au sens de l'article L 1111-6 du CSP) (copie désignation)

Nom..... Prénom..... Qualité.....

Adresse..... Tél.....

6°) ASSURANCE MALADIE ET COMPLEMENTAIRE SANTE

- **ASSURANCE MALADIE**

➤ N° de sécurité sociale : _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _ / _ _ _ / - / _ _

➤ Nom de la Caisse de Sécurité Sociale :

Adresse

Tél.....Fax.....Mail.....

➤ AME : OUI NON Si OUI joindre un justificatif (carte AME)

A compter du.....jusqu'au.....

➤ Soins urgents : OUI NON Si OUI joindre un justificatif (refus d'AME par ex)

A compter du.....jusqu'au.....

➤ Affection Longue Durée ou invalidité : OUI NON Si OUI joindre un justificatif

A compter du.....jusqu'au.....

- **COMPLEMENTAIRE SANTE**

➤ Mutuelle ou complémentaire santé : OUI NON Si OUI :

Nom :.....Tél :.....

Adresse :.....

Fax :.....Mail :.....

➤ CMU Complémentaire : OUI NON Si OUI joindre un justificatif

A compter du.....jusqu'au.....

7°) INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES A CARACTERE SOCIAL

Assistante Sociale référente de l'établissement d'origine

NOM.....Prénom.....Tél.....

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

RESSOURCES : Traitement/Indemnité journalière (maladie)

Attribution : duau.....

Organisme payeur (**Nom et Adresse**)

.....
.....

Pension/retraite

Organisme payeur (**Nom et Adresse**)

.....
.....

A.A.H (si OUI joindre la dernière notification de la M.D.P.H.)

Décision d'attribution du jusqu'au

Organisme payeur (**Nom et Adresse**)

.....
.....

R.S.A

Décision d'attribution du

Organisme payeur (**Nom et Adresse**)

.....
.....

Si mineur et – de 20 ans :

Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)

CAF (Nom et Adresse)

.....

CHARGES

Nature des charges (loyer, dettes diverses....)

.....Montant mensuel.....

.....Montant mensuel.....

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER D'ADMISSION

Documents à transmettre à l'appui du dossier d'admission au secrétariat de l'U.M.D

IMPERATIVEMENT AVANT LA DECISION D'ADMISSION

(Adresse, Tél, Fax et mail en entête du dossier)

- Le certificat médical détaillé établi par le psychiatre demandant l'admission précisant les motifs de la demande d'hospitalisation ainsi que le cas échéant les expertises psychiatriques dont le patient a fait l'objet
- Copie des principales pièces du dossier de SDRE :
 - arrêté préfectoral d'admission initiale (ou décision judiciaire)
 - dernier arrêté de maintien de la mesure
 - dernier arrêté modifiant la forme de la prise en charge du patient (le cas échéant)
 - certificats médicaux mensuels intervenus dans les 6 mois
 - dernière décision (jugement) du Juge des Libertés et de la Détention (JLD)
 - si irresponsable pénale, copie de la décision de justice
- Copie de la pièce d'identité (CNI/Permis de Conduire/carte de séjour/passeport/autres.....)
- Copie du jugement de tutelle ou de curatelle
- Copie de la Carte Vitale ou de l'Attestation de Sécurité Sociale
- Un bulletin d'hospitalisation
- Copie de la Carte de Mutuelle ou de complémentaire santé
- Copie de la carte AME le cas échéant
- Copie des justificatifs des ressources (traitement/IJ/pension/RSA/AAH/AEEH/autres)
- Copie de la dernière notification de la M.D.P.H. pour les patients percevant l'AAH
- Copie des autorisations des droits de visites en cours pour les détenus
- Copie décision du Conseil Général d'admission d'un mineur à l'ASE
- Copie désignation de la personne de confiance par le patient (L 1111-6 CSP)
- Si détenu, fiche pénale et de renseignement (ensemble des éléments concernant la situation pénale et la dangerosité de l'intéressé)