



## 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](mailto: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](mailto: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 : du .....au.....

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)