



Pôle de Soins de Réhabilitation de la Dordogne
DONNEZ DES AILES À VOS PROJETS

Pôle de Soins de Réhabilitation de la Dordogne

Centre de Réhabilitation Psychosociale de Proximité, labellisé par l'ARS

Centre Hospitalier Vauclaire 24700 MONTPON-MENESTEROL

☎ 05.53.82.81.76

☎ 05.53.82.81.79

psrd@ch-vauclaire.fr

DOSSIER DE CANDIDATURE AU PSRD

Psychiatre Chef de Pôle : Docteur Tarik SEBBAGH 05.53.82.81.76 tarik.sebbagh@ch-vauclaire.fr	Cadre Socio-Educatif : Evelyne PREVOT 06.75.18.42.90 evelyne.prevot@ch-vauclaire.fr
Secrétaire Médicale : Julie GUERRIER 05.53.82.81.76 julie.guerrier@ch-vauclaire.fr	

Le pôle a une mission départementale d'accompagnement des personnes dans un processus de rétablissement. Toute personne présentant un trouble psychique peut être accompagnée en réhabilitation psychosociale quelles que soient les modalités d'accueil (hospitalisation complète / ambulatoire) exceptés :

- une symptomatologie clinique sévère, une personne non stabilisée
- des troubles neurologiques sévères (dégénératif, démence)
- une déficience trop importante
- des troubles majeurs de l'addiction

Toute demande d'admission est validée par un bilan global de l'équipe au préalable dont la restitution à la personne et à l'équipe d'adressage se fait dans un délai d'un mois.

1) RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM : _____ NOM de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____

N° sécurité sociale : ____/____/____/____/____/____/____

Situation de famille :

- Célibataire Veuf(ve) Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Pacsé(e)

Adresse personnelle : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____

Email : _____

Nombre d'enfants : | ____ |

Copies à joindre au dossier : carte nationale d'identité, carte vitale et carte mutuelle.

Coordonnées personne à prévenir / proche aidant : _____

Médecin traitant : _____

Mesure de protection : oui non
Si oui : Tutelle Curatelle aggravée Curatelle simple Sauvegarde de justice

Nom et coordonnées du mandataire judiciaire : _____

Diplômes et professions : _____

Ressources :
 Salaire Indemnités Journalières Pension d'Invalidité A.E.E.H A.A.H.
 Allocation Chômage R.S.A. Autres, à préciser : _____

2) **DOSSIER MEDICAL**

- Éléments biographiques (enfance, développement psychomoteur, situation familiale) :

- Histoire de la maladie :

- Symptomatologie clinique actuelle :

- Traitement en cours : (ou joindre la photocopie de l'ordonnance)

- Diagnostic CIM-10 :

- Antécédents personnels (médicaux, chirurgicaux, psychiatriques) :

- Antécédents familiaux (médicaux, chirurgicaux, psychiatriques) :

3) **MOTIF ET OBJECTIFS DE LA DEMANDE D’EVALUATION**

- Motif principal de la demande :

- Objectifs attendus :

4) **PREPARATION DE L’ENTRETIEN D’EVALUATION**

Partie à compléter par l'utilisateur

Quels sont mes projets, mes envies ?

Quelles sont mes attentes et mes priorités dans la prise en charge de mes troubles ?

Quelles sont les répercussions de mes troubles sur ma vie quotidienne ?

Quels sont, selon moi, mes problèmes de santé ? Ce que j'en sais ? Ce que j'en pense ?

Qu'est-ce que je sais de mon traitement ?

Les questions que j'ai envie de poser ?

5) **SERVICE ADRESSEUR**

Coordonnées de la personne qui remplit ce dossier : _____

La personne est-elle actuellement hospitalisée ?

oui non

Si oui, nom de l'établissement hospitalier et professionnels référents : _____

6) **ENGAGEMENT DE REPRISE**

Je soussigné(e), Docteur _____, Médecin au Centre Hospitalier de _____, m'engage à reprendre ce(tte) patient(e) dans mon service si l'état de santé ne correspond pas à la description fournie au dossier d'admission et/ou en cas de décompensation et de comportement manifestement incompatible avec la mise en place d'un projet de réhabilitation psychosociale.

Fait à _____ le ____/____/____

Nom de la personne ayant complété ce dossier : _____

Tampon et signature :