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 :	**Cadre Socio-Educatif :**
Docteur Tarik SEBBAGH 05.53.82.81.76 tarik.sebbagh@ch-vauclaire.fr	Maud FERRANT 06.75.18.42.90 maud.ferrant@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 : I____I

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) MOTIF ET OBJECTIFS DE LA DEMANDE D'EVALUATION

- Motif principal de la demande :

_____

_____

_____

- Objectifs attendus :

_____

_____

_____

3) PREPARATION DE L'ENTRETIEN D'EVALUATION

Partie à compléter par l'usager

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 ?

_____

_____

_____

4) 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 : _____

_____

Fait à _____ le _____/_____/_____

Nom de la personne ayant complété ce dossier :_____

Tampon et signature :