

## DEMANDE D'HOSPITALISATION PATIENT MINEUR

Merci de renvoyer cette demande dûment complétée au service des préadmissions



- HC** À retourner par mail :  
**admission@clinique-flamboyants.fr** ou **flo.gdl@glf.mssante.fr** (messagerie sécurisée)  
**Mme Lucie ELISABETH** (Pré-admissions / Gestion des lits) Ligne directe : **0262 70 33 15**
- HDJ** À retourner par mail :  
**a.latchimy@clinique-flamboyants.fr** ou **flo.smed-hdj@glf.mssante.fr** (messagerie sécurisée)  
**Mme Aurélie LATCHIMY** (Secrétaire HDJ) Ligne téléphonique : **0262 42 72 72**



- HC** À retourner par mail :  
**admission@clinique-flamboyants-sud.fr** ou **fls.gdl@glf.mssante.fr** (messagerie sécurisée)  
**Mme Aurélie SOUPARAYAPOULE** (Pré-admissions / Gestion des lits) Ligne directe : **0262 70 19 03**
- HDJ** À retourner par mail :  
**a.hilta@clinique-flamboyants-sud.fr** ou **fls.smed-hdj@glf.mssante.fr** (messagerie sécurisée)  
**Mme Angélique HILTA** (Secrétaire HDJ) Ligne téléphonique : **0262 32 20 31**

NB : les patients mineurs doivent être accompagnés d'un représentant légal le jour de l'admission. La demande d'hospitalisation permet à notre équipe de compléter le dossier médical du patient et de lui assurer une prise en charge optimale. Afin de réduire le temps de traitement de la demande, il est important que le médecin prescripteur complète **en totalité** le document.

### INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE PATIENT

Nom et prénoms : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....

N° Tél. : ..... E-mail : .....

Adresse : .....

N° Sécurité Sociale : ..... Mutuelle : .....

CSS :  oui  non ALD :  oui  non  en cours Affection : .....

Personne sous protection juridique :  oui  non  tutelle  curatelle  en cours

Identité et coordonnées du responsable légal : .....

Personne à prévenir (nom + téléphone) : .....

Le patient vit seul :  oui  non, préciser avec qui : .....

Habitat :  appartement  maison  adapté au patient  aménagement à prévoir : .....

Patient scolarisé :  oui, nom de l'établissement : .....  non

Chambre seule :  oui  non Entrée souhaitée le : ..... / ..... / .....

Médecin traitant (coordonnées) : .....

IDE libéral(e) (coordonnées) : ..... Pharmacie habituelle : .....

### SITUATION PSYCHIATRIQUE

Motif de la demande d'hospitalisation

Histoire de la Maladie et état actuel du patient

Antécédents psychiatriques (personnels et familiaux)

Retentissement sur son entourage

**Existe-t-il des troubles du comportement (agressivité, etc.) ?**

Non  Oui, lesquels : .....

**Existe-t-il une prise en charge psychiatrique ambulatoire ?**

Non  Oui, lesquels : .....

Coordonnées du psychiatre : .....

**SITUATION SOMATIQUE**

*\*Important : Si oui, merci de joindre le protocole correspondant*

Toxique  Non  Oui : .....

Allergie  Non  Oui : .....

Cardio-vasculaire  Non  Oui : .....

Pulmonaire  Non  Oui : .....

Diabète  Non  Oui : .....

Nutrition  Non  Oui : .....

Oxygène  Non  Oui : .....

**Antécédents médicaux**

**Antécédents chirurgicaux**

**Antécédents anesthésiques**

**Conséquences sociales**

**Régime alimentaire particulier**

**Handicap particulier**

- Autonome
- Handicap partiel
- Handicap total

**EXAMENS COMPLÉMENTAIRES RÉCENTS (MOINS DE 5 MOIS) :**

*IMPORTANT : JOINDRE LES COPIES*

Bilan sanguin :  Oui  Non

Consultation cardio  Oui  Non

ECG : .....

**TRAITEMENTS EN COURS**

**Somatiques**

**Psychiatriques**

### MÉDECIN DEMANDEUR

Nom : .....

Prénom : .....

- Spécialité :  Psychiatrie  
 Pédopsychiatrie  
 Médecin généraliste

Le : ...../...../.....

Signature (manuscrite) :

### ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR

Établissement : .....

Service : .....

Téléphone : .....

Fax : .....

Date d'hospitalisation souhaitée : ..... / ..... / .....

### CONSENTEMENT DU PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Le : ...../...../.....

Signature (manuscrite) :

### PIÈCES À FOURNIR LORS DE L'ENTRÉE

- Pièce d'identité du mineur
- Pièce d'identité du/des titulaires de l'autorité parentale
- Copie du livret de famille
- En cas de litige, le jugement du tribunal notifiant l'autorité parentale
- Si mineur émancipé : notification de décision
- Si mineur placé : le justificatif ou la notification de l'ASE
- Carte vitale et attestation de carte vitale
- Carte ou attestation de mutuelle
- Attestation de CSS si le patient en est bénéficiaire
- Protocole Affection Longue Durée (ALD) si concerné
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Chèque de caution non encaissé
- Carnet de santé
- Lettre de liaison (compte-rendu d'hospitalisation)
- Les examens récents (bilans biologiques et radiologiques)
- Ordonnances médicales pour vos traitements en cours

## **THÉRAPIE INSTITUTIONNELLE**

Les Cliniques Les Flamboyants Ouest et Sud ont pour objectif de rétablir le lien social et de redynamiser le Patient. Le projet thérapeutique associe la psychothérapie individuelle, aux groupes et activités thérapeutiques. Ce programme assure une prise en charge continue, adaptée à la maladie et à son évolution.

## **UN PROJET THÉRAPEUTIQUE ADAPTÉ - CONTRAT THÉRAPEUTIQUE**

Aux Flamboyants, un contrat thérapeutique est passé entre le Patient et son Médecin. Ce contrat fixe un cadre thérapeutique et responsabilise le Patient dans une démarche de soins qui est libre, consentie et volontaire.

## **UN TRAVAIL D'ÉQUIPE**

Nos équipes pluridisciplinaires sont composées de Psychiatres, Psychologues, Art Thérapeutes, Moniteurs de Sport, Infirmiers, Aides-Soignants, Diététiciens, Educateurs spécialisés et Assistantes Sociales formés à la prise en charge de ces troubles psychiques. Les Cliniques proposent une prise en charge individualisée basée sur un contrat libre, consenti et volontaire du Patient.

## **NOS ACTIVITÉS THÉRAPEUTIQUES**

### **La psychothérapie individuelle**

Les Psychiatres reçoivent les Patients, selon leurs besoins pour des séances de psychothérapie individuelle. Chaque Patient a un Psychiatre Référent qui le suit tout au long de sa prise en charge.

## **Les groupes thérapeutiques**

Les Flamboyants proposent dans leur prise en charge des thérapies de groupe animées par un Médecin Psychiatre. Ces Réunions permettent aux Patients d'échanger sur des thèmes proposés par l'équipe : Groupe d'affirmation de soi, de thérapie cognitive, de résolution de problèmes, groupe famille, groupe social...

## **LES ACTIVITÉS THÉRAPEUTIQUES**

Le Patient pourra, en fonction de ses envies et des conseils de l'équipe, participer aux activités thérapeutiques qui peuvent avoir lieu à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement. Différents ateliers artistiques, de travaux manuels et sportifs sont organisés chaque jour de la semaine.

## **UNE UNITÉ DE NEUROSTIMULATION BASÉE AUX FLAMBOYANTS OUEST**

### **L'Electro Convulsivo Thérapie (ECT) ou sismothérapie**

La sismothérapie est une technique utilisée pour des Patients atteints de certaines maladies réfractaires aux traitements médicamenteux de première intention. La Clinique Les Flamboyants Ouest est le seul établissement de la Réunion à disposer d'un plateau technique de ce type.

### **La Stimulation Magnétique Transcranienne répétitive (rTMS)**

La Stimulation Magnétique Transcranienne répétitive consiste à délivrer des impulsions magnétiques intenses par un électroaimant puissant placé à la surface du crâne. Cette méthode non invasive ne nécessite pas d'anesthésie et n'est pas douloureuse. Elle est principalement indiquée pour le traitement des formes de dépression résistante aux traitements antidépresseurs habituels, chez les personnes adultes.