

## LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Nom et Prénom : .....

**Demande concerne** Accueil Temporaire  et/ou Accueil Permanent

### DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

- Fiche de renseignement
- Notification MDPH : Orientation en FAM
- Notification Aide Sociale ou preuve de dépôt de dossier par le CCAS
- Photo
- Attestation CAF
- Photocopie carte identité
- Photocopie carte d'invalidité
- Photocopie du jugement de tutelle
- Attestation sécurité sociale
- Mutuelle
- Attestation de Responsabilité Civile

### DOCUMENTS EDUCATIFS

- Bilan éducatif / social

### DOSSIER MEDICAL

- Fiche de renseignement médical
- Courrier du médecin psychiatre ou du médecin traitant (*biographie, contexte familial, histoire de la pathologie, évolution actuelle*)
- Compte rendu d'hospitalisation
- Copie du carnet de vaccination
- Copie des dernières ordonnances de moins de 3 mois

### CONVENTION PSYCHIATRIQUE EN DOUBLE EXEMPLAIRE :

- Signature et cachet par le médecin psychiatre traitant du patient.
- Signature et cachet par le chef de service du service de psychiatrie du Centre Hospitalier du secteur dont dépend le patient.

# CONVENTION DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

La Résidence du Chêne est un Foyer d'Accueil Médicalisé avec Accueil de Jour destiné à recevoir des personnes hommes ou femmes ayant atteint ou dépassé l'âge de 20 ans, et présentant des troubles psychiatriques stabilisés.

Il s'agit essentiellement de psychoses dont les troubles sont trop importants pour être compatibles avec une prise en charge en foyer occupationnel et en centre d'aide par le travail, mais suffisamment stabilisés pour ne pas ou ne plus relever d'une hospitalisation psychiatrique.

Compte tenu de leur pathologie, ces personnes sont susceptibles de connaître une recrudescence de leurs troubles. Par conséquent, pour tous les usagers de la Résidence du Chêne relevant des secteurs psychiatriques, il est convenu ce qui suit :

## Article 1

..... est ou va être accueilli(e) à la Résidence du Chêne, 4 rue du Chêne 77390 Guignes.

Compte tenu de son domicile de secours, le secteur de psychiatrie d'origine est le

Secteur : ..... Hôpital : .....

Le séjour d'un résident à la Résidence du Chêne, ne constitue en aucun cas, un acte de domiciliation,

## Article 2

La sectorisation psychiatrique d'origine est irrévocable et ce, quelle que soit la durée du séjour.

## Article 3

Le psychiatre traitant, s'engage à maintenir un suivi régulier en maintenant la fréquence d'une rencontre médicale au moins tous les deux mois.

## Article 4

Un séjour peut être interrompu, de façon provisoire ou définitive, à l'initiative de la Résidence du Chêne dans les conditions suivantes :

- Problème de santé physique ou mentale ne pouvant plus être assumé en interne,
- Violation grave du règlement de fonctionnement,
- Agressions de toutes natures vis-à-vis des autres résidents ou des soignants,
- Conduites addictives incontrôlables (drogue, alcool...)
- Non-respect d'une autre clause contractuelle définie dans le contrat de séjour

Un séjour peut être interrompu à l'initiative de la personne concernée et/ou de son représentant légal.

Dans cette hypothèse, le psychiatre traitant s'engage à réintégrer l'intéressé, sur son secteur d'origine.

## Article 5

Devant tout état de crise à la Résidence du Chêne, le résident peut être orienté vers l'hôpital psychiatrique du secteur d'origine, dont il dépend pour être hospitalisé si cela s'avère nécessaire.

## Article 6

En cas de décompensation aiguë, le résident sera orienté vers les urgences du Centre Hospitalier Marc Jacquet de Melun, dans l'attente d'un transfert vers son secteur d'origine. Dans cette hypothèse, le psychiatre s'engage à reprendre en charge cette personne au sein de son service d'hospitalisation.

## Article 7

La Résidence du Chêne s'engage à garder la place du résident le temps nécessaire aux soins dans une durée limitée de 30 jours, au-delà de cette période, la Résidence du Chêne reprendra le résident après concertation et accord du médecin psychiatre de l'établissement et du Directeur dès qu'une place se libérera.

Fait à : ..... Le : .....

*Signature et mention manuscrite « Lu et approuvé » :*

Le directeur de l'établissement

Hôpital et nom du signataire

Frédéric Lafon