DON BOSCO

Initier et développer les solidarités

Dossier de demande d'admission

S.A.M.S.A.H. Don Bosco

Cadre réservé à l'administration

Date d'envoi :
Date de réception :

MAJ : 23/09/2015

S.A.M.S.A.H. – Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

Site de Brest
14 rue du Vieux Bourg 29850 GOUESNOU
Tél. : 02 98 41 10 84 – Fax : 02 98 42 40 44
samsah@donbosco.asso.fr

Site de Morlaix
14 rue Louis Bodelio 29600 PLOURIN-lès-MORLAIX
Tél. : 02 98 63 12 43 – Fax : 02 98 62 25 49
samsah@donbosco.asso.fr

Personne instruisant la demande

Date de la demande : ……/……/……

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

_____

_____

N° de téléphone : / / / /

Fonction : _____

Situation de la personne concernée par la demande d'accompagnement S.A.M.S.A.H.

Renseignements administratifs

Monsieur*, Madame* :

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

_____

_____

N° de téléphone : / / / /

Date de naissance : / /

Lieu de naissance : _____

(* Rayer la mention inutile)

Ce dossier doit nous être retourné dans un délai de 6 mois à compter de la date d'envoi du dossier. Passé ce délai, votre dossier ne sera plus pris en compte.

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à prendre contact avec le S.A.M.S.A.H.

Situation de la personne

Situation familiale :

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Vie maritale
☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Nombre d'enfants : _____

Domicile :

☐ Personnel ☐ Parental ☐ Autre Précisez…….…
☐ Locataire (bailleur social) ☐ Locataire (bailleur privé) ☐ Propriétaire

Situation administrative :

N° de dossier M.D.P.H. : _____

Orientation S.A.M.S.A.H. notifiée par la M.D.P.H. : ☐ oui ☐ non ☐ en cours.

Précisez la date du dépôt du dossier à la M.D.P.H. : : / /

Date de validité : du : / / au : / /

N° de Sécurité Sociale : …./……../……../……../……/…… ……

Complémentaire :
☐ Mutuelle
Nom et coordonnées : ……..
…..……..
☐ CMU-C

Situation juridique :

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice
☐ MASP ☐ Sans régime de protection

Mesure confiée à :

_____

Adresse du tuteur / association de tutelle :

_____

_____

_____

N° de téléphone : / / / /

Site de Brest
14 rue du Vieux Bourg 29850 GOUESNOU
Tél. : 02 98 41 10 84 – Fax : 02 98 42 40 44
samsah@donbosco.asso.fr

Site de Morlaix
14 rue Louis Bodelio 29600 PLOURIN-lès-MORLAIX
Tél. : 02 98 63 12 43 – Fax : 02 98 62 25 49
samsah@donbosco.asso.fr

Situation financière :

Ressources :

- ☐ Salaire
- ☐ Indemnités journalières
- ☐ Allocations logement
- ☐ Allocation aux Adultes Handicapés
- ☐ Allocation supplémentaire d'invalidité
- ☐ Retraite complémentaire
- ☐ Allocations chômage
- ☐ Prestations familiales
- ☐ Revenu de Solidarité Active
- ☐ Pension d'invalidité
- ☐ Retraite
- ☐ Autres (précisez)

Suivi médical :

Nom et adresse du médecin traitant :

_____

_____

_____

Nom et adresse du médecin psychiatre référent :

_____

_____

_____

****

Pièces à fournir :

- La notification de décision d'orientation S.A.M.S.A.H. de la M.D.P.H. avec les dates et échéances, si vous la possédez ou dès réception de celle-ci.

- L'attestation de droits à l'assurance maladie.

- L'attestation de Responsabilité Civile

- La fiche médicale, ci-jointe, remplie par le médecin psychiatre référent de la situation et adressée au :
  Docteur TOKPANOU
  14 rue du Vieux Bourg
  29850 GOUESNOU

Pour information : Les éléments médicaux fournis dans ce dossier le sont à titre confidentiel et exclusivement réservés au médecin psychiatre de notre service.

Dossier à transmettre
à votre médecin psychiatre
ou à votre médecin généraliste

Si vous n'avez pas de médecin psychiatre ou de médecin généraliste,
Merci de nous transmettre les coordonnées d'un professionnel de santé que notre médecin psychiatre pourrait contacter

S.A.M.S.A.H. – Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

Site de Brest
14 rue du Vieux Bourg 29850 GOUESNOU
Tél. : 02 98 41 10 84 – Fax : 02 98 42 40 44
samsah@donbosco.asso.fr

Site de Morlaix
14 rue Louis Bodelio 29600 PLOURIN-lès-MORLAIX
Tél. : 02 98 63 12 43 – Fax : 02 98 62 25 49
samsah@donbosco.asso.fr

DON BOSCO
Initier et développer les solidarités

Objet : Demande d'éléments médicaux

Cher confrère,

Votre patient envisage un accompagnement par notre S.A.M.S.A.H. (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés).

Ce service qui a pour fonction un accompagnement médico-social particulier de patient ayant un handicap psychique (psychose au sens large) nécessite une orientation S.A.M.S.A.H. délivrée par la M.D.P.H., un dossier de demande d'admission et une fiche médicale.

Sous couvert de la nécessaire confidentialité que vous devez à votre patient, je vous propose de m'adresser des éléments diagnostics et biographiques que je pourrais retraduire pour l'équipe éducative (fiche jointe).

Si vous le souhaitez, nous sommes intéressés et à votre disposition pour vous rencontrer, avec l'équipe, pour évoquer la situation et les perspectives d'accompagnement de cette personne, sous réserve de l'accord de celle ci.

Veuillez agréer, cher confrère, l'expression de ma considération distinguée.

Dr Isabelle TOKPANOU,
Psychiatre.

S.A.M.S.A.H. – Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

Site de Brest
14 rue du Vieux Bourg 29850 GOUESNOU
Tél. : 02 98 41 10 84 – Fax : 02 98 42 40 44
samsah@donbosco.asso.fr

Site de Morlaix
14 rue Louis Bodelio 29600 PLOURIN-lès-MORLAIX
Tél. : 02 98 63 12 43 – Fax : 02 98 62 25 49
samsah@donbosco.asso.fr

FICHE MEDICALE

(à remplir par le médecin psychiatre et à adresser sous pli cacheté au Docteur TOKPANOU, médecin psychiatre du S.A.M.S.A.H., 14 rue du Vieux Bourg 29850 GOUESNOU)

Nom et prénom de la personne : ……
Date de naissance : …./…./….

Date de début de prise en charge psychiatrique : …./…./….

Antécédents psychiatriques :

……
……
……
……
……

Histoire de la maladie :

……
……
……
……
……
……
……

Diagnostic proposé :

……
……
……
……
……

Traitement actuel :

……
……
……
……
……

Avis médical sur cette demande d'admission au S.A.M.S.A.H. :

……
……
……
……
……

Le ……/……/……
Nom, Signature et cachet du médecin

S.A.M.S.A.H. – Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

Siège Social et Site de Brest
14 rue du Vieux Bourg
29850 Gouesnou
Tél. : 02.98.41.10.84 – Fax : 02.98.42.40.44
samsah@donbosco.asso.fr

Site de Morlaix
Rue Louis Bodelio
29600 Plourin-lès-Morlaix
Tél. : 02 98 41 10 84 – Fax : 02 98 42 40 44
samsah@donbosco.asso.fr