CLINIQUE
Grand-Salève
PSYCHIATRIE ET PSYCHOTHÉRAPIE

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION EN PSYCHIATRIE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Date de la demande :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : F ☐ M ☐

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Langues parlées :

Classe d'assurance : Base ☐ Demi privé ☐ Privé ☐

Assurance :

N° assuré :

Nom du psychiatre traitant si autre que demandeur :

Suivi en cours depuis le :

Si rupture de suivi, depuis le :

Nom du médecin traitant :

Demande : Urgente ☐ Semi-urgente ☐ Non urgente ☐

RENSEIGNEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

Mesures : Curatelle ☐ PAFA suspendu ☐ Autre ☐

Entourage social :

Logement assuré à la sortie : Oui ☐ Non ☐

Facteurs de crise et mesures prises avant l'hospitalisation :

Objectifs de l'hospitalisation :

CLINIQUE
Grand-Salève
PSYCHIATRIE ET PSYCHOTHÉRAPIE

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION EN PSYCHIATRIE

Anamnèse personnelle :

Idées suicidaires : Oui ☐ Non ☐

Engagement à faire appel : Oui ☐ Non ☐

Diagnostics :

Troubles mentaux organiques (F00-09)	☐
Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-19)	☐
Schizophrénie, trouble schizophrénique et troubles délirants (F20-29)	☐
Troubles de l'humeur (F30-39) : unipolaire / bipolaire	☐
Troubles somatoformes (F40-49)	☐
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-69)	☐
Retard mental (F70-79)	☐
Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (F90)	☐

Autre : .....

Traitement actuel (y compris somatique) :

Antécédents psychiatriques :

Antécédents hétéro-agressifs :

Antécédents somatiques et comorbidités :

CLINIQUE
Grand-Salève
PSYCHIATRIE ET PSYCHOTHÉRAPIE

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION EN PSYCHIATRIE

AUTONOMIE ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Autonome	Oui ☐	Non ☐
Aide partielle	Oui ☐	Non ☐
Aide complète	Oui ☐	Non ☐

Consommation de toxiques : Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser ci-dessous et faire signer le contrat de soin en annexe et le joindre à la demande d'admission :

Alcool ☐ Cannabis ☐ Cocaïne ☐ Héroïne ☐ Autre ☐

Autres informations :

Examens et consultations médicales prévus :

Avec ce formulaire d'admission, nous vous prions de bien vouloir prescrire à votre patient.e le bilan sanguin que vous trouverez ci-après et nous faire parvenir les résultats si possible avant l'admission.

Timbre et signature
du service du médecin-demandeur

BILAN SANGUIN À EFFECTUER AVANT L'ADMISSION

Nom et prénom du patient : ..... Date de naissance : .....

HÉMATOLOGIE

- Hémogramme complet : hémoglobine, hématocrite, érythrocytes, indices érythrocytaires (MCV, MCH, MCHC), leucocytes, plaquettes et volume moyen plaquettaire (MPV)
- TP, TCA

ÉLECTROLYTES ET MÉTABOLISME MINÉRAL

- Sodium
- Potassium
- Chlorure
- Bicarbonates
- Calcium total et calcul du calcium corrigé pour l'albumine
- Magnésium
- Phosphates
- Cuivre, si première décompensation psychotique
- Zinc

FONCTION RÉNALE ET MÉTABOLITES

- Créatinine (avec calcul du DFGe / eGFR selon CKD-EPI et MDRD)
- Urée

BILAN ENZYMATIQUE ET HÉPATIQUE

- ALAT
- ASAT
- GGT
- Phosphatase alcaline
- LDH
- Amylases pancréatiques et lipases, si traitement par Glp1

GLUCIDES

- Hba1c

PROTÉINES ET MARQUEURS INFLAMMATOIRES

- Protéines totales
- Albumine
- CRP
- Préalbumine, si suspicion de dénutrition

BILAN MARTIAL

- Ferritine
- Coef de sat transferine
- Fer serique

STATUT VITAMINIQUE

- Vitamine B9 (folates)
- Vitamine B12
- Vitamine D (25-OH-Vitamine D2+D3)

BILAN THYROÏDIEN

- TSH
- T4 libre, si TSH altérée
- T3 libre, si TSH altérée

DOSAGE MÉDICAMENTEUX

- Psychotropes en cours

Date : .....

Timbre et signature
du service du médecin-demandeur

La copie des résultats est à adresser par e-mail à grandsaleve.admission@hin.ch

CLINIQUE
Grand-Salève
PSYCHIATRIE ET PSYCHOTHÉRAPIE

Contrat de soins

Patient, Noms/Prénoms: ……

Médecin envoyeur, Nom/Prénoms: ……

Le cadre de soins proposé dans le présent document se base sur les recommandations internationales de la prise en charge hospitalière des patients présentant un trouble psychique et vise à vous garantir une prise en charge de qualité et adaptée à votre problématique.

Durée de séjour :

La durée de votre séjour sera discutée au long de votre séjour avec votre médecin référent en fonction de l'évolution clinique et de vos besoins. La durée moyenne de séjour au sein de notre établissement se situe entre 21 jours et 30 jours.

Engagement dans les soins :

Vous êtes partie active de votre parcours de rétablissement au sein de la clinique. L'engagement étant une partie fondamentale du processus, nous vous demandons de :

- Participer aux entretiens médicaux, médico-infirmiers, psychologues ainsi qu'aux groupes thérapeutiques proposés.
- Maintenir une attitude respectueuse et bienveillante envers les équipes et les autres patients.
- Prendre régulièrement les traitements proposés.
- Ne pas introduire au sein de la clinique des objets dangereux, des médicaments non déclarés et des substances. Afin de garantir votre et notre sécurité, un inventaire approfondi sera effectué lors de votre admission.En tout temps, durant l'hospitalisation, de nouveaux inventaires peuvent être effectués de manière aléatoire.
- Ne pas consommer à l'intérieur de la clinique, dans les alentours et pendant vos permissions tout type de substance, y compris du CBD et de l'alcool.
- Autoriser l'équipe de la clinique à prendre connaissance de votre dossier médical, à communiquer avec vos soignants et vos personnes de confiance.

Par votre signature vous attestez avoir pris connaissance et acceptez le contrat de soins, dans le cas d'une transgression du présent contrat cela pourrait conduire à une sanction pouvant aboutir à une sortie définitive.

Lu et approuvé le : …… Signature Patient

CLINIQUE
Grand-Salève
PSYCHIATRIE ET PSYCHOTHÉRAPIE

Contrat de soins en cas d'addictions aux substances.

Patient, Noms/Prénoms: ……

Médecin envoyeur, Nom/Prénoms: ……

Le jour de votre arrivée :

Nous vous prions de ne pas consommer la veille et le jour de votre admission à la clinique.

Il est bien évidemment interdit d'introduire des produits au sein de la clinique. Lors de votre admission, un inventaire sera effectué et tout produits devra être détruit. En cas de refus, votre admission sera refusée. En tout temps, durant l'hospitalisation, de nouveaux inventaires peuvent être effectués de manière aléatoire.

Un éthylotest et/ou un test urinaire seront réalisés afin de mieux objectiver vos consommations et d'adapter vos soins de manière sûre et personnalisée. Concernant éthylotest, une tolérance jusqu'à 0.5 g/l est prévue. Si ce seuil est dépassé, nous pourrons vous refuser définitivement l'admission, vous proposer une autre date d'entrée ou, en fonction de votre état, organiser un transfert aux urgences des HUG pour dédouanement somatique.

En cas de demande de sevrage, une hospitalisation entre 7 et 21 jours est normalement préconisée, sauf réévaluation médicale.

Pendant votre séjour :

Un test urinaire sera refait au cours du séjour, et des éthylotests seront réalisés de façon ponctuelle et aléatoire afin de vous accompagner au mieux dans votre parcours.

Consommation au sein de la clinique :

Afin de garantir un environnement serein et sécurisé pour tous, il est interdit de consommer à l'intérieur de la clinique, dans les alentours et pendant vos permissions tout type de substance, y compris du CBD, sauf indications médicales. Cette règle assure la sécurité de chacun, patients et soignants. En cas de consommation une sortie définitive pourrait être envisagée. Toute instigation à la consommation ou vente de produit conduira à la fin du séjour immédiate.

Votre engagement dans les soins :

Nous vous demandons de participer aux entretiens médicaux, aux rendez-vous avec les psychologues, ainsi qu'aux groupes et ateliers proposés. Cela fait partie du parcours que nous construisons ensemble pour vous accompagner vers un mieux-être.

Par votre signature vous attestez avoir pris connaissance et acceptez le contrat de soins, dans le cas d'une transgression du présent contrat cela pourrait conduire à une sanction pouvant aboutir à une sortie définitive.

Lu et approuvé le : …… Signature Patient

CLINIQUE
Grand-Salève
PSYCHIATRIE ET PSYCHOTHÉRAPIE

Contrat de soins en cas de diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile

Patient, Noms/Prénoms: ……

Médecin envoyeur, Nom/Prénoms: ……

Le cadre de soins proposé dans le présent document se base sur les recommandations internationales de la prise en charge des patients présentant un trouble de personnalité émotionnellement labile et vise à vous garantir une prise en charge de qualité et adaptée à votre problématique.

Durée de séjour :

La durée de votre séjour est de maximum 14 jours. Une date de sortie sera fixée le jour de votre admission ou dans les premiers jours de votre séjour et aucune prolongation sera accordée, sauf modification du tableau clinique et après réévaluation médicale.

Engagement dans les soins :

Vous êtes partie active de votre parcours de rétablissement au sein de la clinique. L'engagement étant une partie fondamentale du processus, nous vous demandons de :

- Participer aux entretiens médicaux, médico-infirmiers, psychologues ainsi qu'aux groupes thérapeutiques proposés.
- Participer aux entretiens médicaux, médico-infirmiers, aux psychologues ainsi qu'aux groupes thérapeutiques proposés.
- Éviter tout acte auto ou hétéro-agressif verbaux et non verbaux, y compris envers les objets (toute dégradation du matériel de la clinique vous sera facturé), et faire appel à l'équipe en cas de besoin.
- Maintenir une attitude respectueuse et bienveillante envers les équipes et les autres patients.
- Prendre régulièrement les traitements proposés.
- Ne pas introduire au sein de la clinique des objets dangereux, des médicaments pas déclarés et des substances. Afin de garantir votre et notre sécurité, un inventaire approfondi sera effectué lors de votre admission. En tout temps, durant l'hospitalisation, de nouveaux inventaires peuvent être effectués de manière aléatoire.
- Ne pas consommer à l'intérieur de la clinique, dans les alentours et pendant vos permissions tout type de substance, y compris du CBD et alcool.

Par votre signature vous attestez avoir pris connaissance et acceptez le contrat de soins, dans le cas d'une transgression du présent contrat cela pourrait conduire à une sanction pouvant aboutir à une sortie définitive.

Lu et approuvé le : …… Signature Patient