



Dossier de demande d'admission à l'UCC

A retourner à :

UCC Le Verger des Balans
9 Route des Balans
24430 ANNESSE ET BEAULIEU
Email : secretariatmedical.vdb@sante-na.fr

IMPORTANT :

Toute demande ne pourra être acceptée qu'à la condition de satisfaire 2 types de critères :

- Critères médicaux
- Critères administratifs

Critères médicaux :

Les patients doivent correspondre au cahier des charges des UCC : Les Unités Cognitivo-Comportementales situées en SMR s'adressent à des patients atteints de la **maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées**, sans limite d'âge, présentant l'ensemble des caractéristiques suivantes : **mobilité (patient valide)**, **troubles du comportement productifs** (idées délirantes, hallucinations, agitation, agressivité, anxiété, exaltation de l'humeur, désinhibition, irritabilité, comportements aberrants, troubles du sommeil, troubles des conduites alimentaires) et pour lesquels une réadaptation cognitive est envisageable

Critères administratifs :

Le représentant légal ou obligé alimentaire doit avoir accepté le devis du reste à charge des frais de séjour dans le cas où la mutuelle ne pratique pas le tiers payant ou n'en couvre pas l'intégralité (ticket modérateur, forfait hospitalier, chambre seule). En l'absence de couverture sociale le patient ou son représentant légal s'engage à payer l'intégralité des frais de séjour. En cas d'impossibilité l'admission est soumise à l'accord de la direction.

Tous les items du dossier doivent être renseignés

Joindre impérativement avec la demande :

- Photocopie de la carte d'identité (ou « justificatif d'identité à usage unique » : <https://france-identite.gouv.fr/justificatif/>)
- Photocopie de la carte vitale
- Photocopie recto-verso de la carte Mutuelle (ou attestation de tiers payant CSS)

Siège social :
9 Rte des Balans
24430 Annesse-et-beaulieu
Tél. : 05 53 02 66 00

gbna
santé

S.A.S Le Verger des Balans
S.A.S au capital de 24 000,00 euros
Siret : 381 278 001 00023
R.C.S de Périgueux

Renseignements administratifs

Personne hospitalisée :

Nom d'usage : _____
Nom de naissance : _____
Prénoms : _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____
Tél : _____
E-mail : _____

Personnes à prévenir :

- Tuteur / curateur / mandataire spécial :

Nom : _____
Prénom : _____
Statut : _____
Adresse : _____
Tel : _____
E-mail (utile pour vous communiquer les documents nécessaires) : _____

Si la personne n'est pas protégée juridiquement, existe-t-il une demande en cours ?

OUI ☐ NON ☐

- Référent familial :

Nom : _____
Prénom : _____
Lien de parenté / Statut : _____
Adresse : _____
Tel : _____
E-mail : _____

- Personne de confiance (si nommée joindre le formulaire) :

Nom : _____
Prénom : _____
Lien de parenté / Statut : _____
Adresse : _____
Tel : _____
E-mail : _____

Renseignements médicaux

Motif de la demande (en cas de demande urgente, contacter le médecin du service au 0553026650)

- Symptômes psycho-comportementaux (NPI):
(Renseigner chaque symptôme : cochez les cases ou ajoutez un commentaire)

SYMPTOMES	PRESENTS	ABSENTS
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation/Agressivité		
Dépression/Dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/Euphorie		
Apathie/Indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportements moteur aberrants		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

- Diagnostic étiologique du trouble neurocognitif (Si posé. Nom de la pathologie et date des premiers symptômes si vous en avez connaissance) :

- Imagerie existante (scanner, IRM, TEP...)

- Bilan somatique réalisé avant admission UCC : OUI ☐ NON ☐
- Si oui, joindre les documents correspondants

Dossier de demande d'admission à l'UCC

- Pathologie(s) en cours et antécédent(s) (et nom du spécialiste le cas échéant) :

- Pathologie(s) en ALD : OUI ☐ NON ☐

Si oui lesquelles :

- Allergie(s) connue(s) : OUI ☐ NON ☐

Si oui lesquelles :

- Traitement(s) en cours (joindre la copie de l'ordonnance) :

- Pansement(s) : OUI ☐ NON ☐

Si oui, type et localisation (préciser si BMR) :

- Autonomie :

- GIR (si connu) : _____
- Marche et transferts (réalisable seul, avec aide, ou non réalisable) : _____

- Risque de chute : OUI ☐ NON ☐
- Alimentation (Régime et texture) : _____

Dossier de demande d'admission à l'UCC

Projet de sortie post-SMR :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Nom(s) du gériatre, du neurologue ou du psychiatre le suivant éventuellement :

Pour le domicile - Nom et coordonnées des services ou personnes intervenant à domicile :

Si EHPAD - Nom du médecin coordonnateur :

Signature et cachet du médecin demandeur :

Date de la demande : _____

Mémo : Le jour de l'entrée

Pièces à fournir à l'entrée administrative (original) :

- Carte Vitale
- Carte d'identité ou passeport ou titre de séjour (permanent ou provisoire) ou CNI Européenne

Eléments à fournir à l'équipe médicale :

- Dernière ordonnance
- Courriers médicaux
- Radios, scanners...

Amener :

Le linge (vêtements et linge de toilette en quantité suffisante) est à fournir et entretenir par les proches. Le trousseau vous sera communiqué par mail.

Ne pas amener :

- De médicaments
- D'argent, de bijoux ou d'objets de valeur
- Tout objet susceptible d'être dangereux : briquet, couteau...