

Annexe 47

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

CERTIFICAT MEDICAL JUSTIFIANT LA DEMANDE D'INTERVENTION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE EN CAS DE SEJOUR DANS UNE MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES (M.S.P.)

Identification du bénéficiaire

NOM - Prénom:.....
Adresse:.....
Date de naissance:.....
Numéro d'inscription O.A.....

Identification du titulaire

(compléter ou apposer la vignette (O.A.)

.....
.....
.....
.....

1. Hospitalisation précédant l'admission dans une M.S.P.

Identification de l'hôpital (numéro d'agrément):
Date d'hospitalisation: Service:
Date de sortie: Service:

2. Diagnostic (codes DSM-IV)

As 1
As 2
As 3 (ICD-9-CM)
As 4
As 5: à l'heure actuelle:.....
Il y a un an:.....

3. Le patient satisfait à un des critères suivants pour être admis dans une maison de soins psychiatriques:

- Patient psychiatrique présentant un trouble psychiatrique chronique stabilisé, étant entendu qu'il:**
- ne requiert pas de traitement hospitalier;
 - n'entre pas en ligne de compte pour une admission en maison de repos et de soins étant donné son état psychiatrique;
 - n'entre pas en ligne de compte pour l'habitation protégée;
 - ne nécessite pas une surveillance psychiatrique non interrompue;
 - nécessite un accompagnement continu;
- Handicapé mental, étant entendu qu'il:**
- ne requiert pas de traitement hospitalier;
 - n'entre pas en ligne de compte pour l'habitation protégée;
 - n'entre pas en ligne de compte pour une admission dans une institution médico-pédagogique;
 - ne nécessite pas une surveillance psychiatrique non interrompue;
 - nécessite un accompagnement continu.

4. Informations complémentaires:

.....
.....

5. Période demandée: du au

Identification du (neuro)psychiatre
Cachet (Numéro I.N.A.M.I.)
Date - Signature.