**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 | Identification du titulaire |
|  | (compléter ou apposer la vignette (O.A.) |
| NOM - Prénom:.................................................................................. | ........................................................................................................... |
| Adresse:.............................................................................................. | ........................................................................................................... |
| Date de naissance: .............................................................................. | ........................................................................................................... |
| Numéro d'inscription 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: ........................................................................................

# 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:................................................................................................................................................................................................................

# 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.

# Informations complémentaires:

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

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

5. **Période demandée:** du .......................................................................................... au ........................................................................................................

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

Date - Signature.

130