HÔPITAL
LE VÉSINET

Tél : 01.30.15.80.00

SERVICE DE SOINS EN PÉRINATALITÉ

Docteur Anne de TRUCHIS
Chef de Service
Praticien Hospitalier
Pédiatre
anne.detruchis@hopital-levesinet.fr

Docteur Michèle LEVY
Docteur Isabelle MARTY
Praticiens Hospitaliers, psychiatres

Docteur Camille COHEN STEINER
Docteur Yacine ZEROUALA
Praticiens Hospitaliers
Gynécologues-Obstétriciens

Docteur Marguerite CUVELIER
Docteur Géraldine ROUSSELOT
Praticiens Hospitaliers, médecins généralistes

Docteur Léa BENCHABAT
Docteur Sabrina BOUSSEBISSI
Docteur Laura CRIART
Docteur Philippine JAMET
Docteur Valériane SALLÉE
Assistants de médecine générale

Caroline PRADINES 01.30.15.81.75
Sage-femme Cadre Supérieur
caroline.pradines@hopital-levesinet.fr

Frédérique SAUL CATILLON
Sage-femme coordinatrice

Secrétariat médical
secretariat.spn@hopital-levesinet.fr
Admissions Hospitalisations
Géraldine HASTINGS : 01.30.15.83.91

Admissions Hôpital de Jour
Christine DA SILVA : 01.30.15.83.92
Fax : 01.30.15.83.80

Psychologues
Maëlle CAZALIS
Charlotte DELMOULY
Laurence LURET
Cédric MORTAIN
Dafné TINGIR

Psychomotricienne
Hortense GOURRET
Sylvie LEGOUBET

Orthophoniste :
Anne ALEXANDRE LUCAS

Assistantes Sociales :
Séverine LAUREAU : 01.30.15.83.97
severine.laureau@hopital-levesinet.fr
Anne-Claire GUITARD : 01.30.15.83.98
anne-claire.guitard@hopital-levesinet.fr

Secrétariat Social :
Sylvie CAREL : 01.30.15.83.99
social@hopital-levesinet.fr

Madame, Monsieur,

Le Service de Soins en Périnatalité accueille des femmes enceintes et de jeunes mères en postnatal précoce avec leur bébé de 2 mois âge corrigé.

Il ne s'agit pas d'une unité mère-bébé psychiatrique ni d'un foyer maternel mais d'un service hospitalier de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) d'une capacité de 30 lits, soit 10 en prénatal, 20 en postnatal et 22 berceaux. Les accouchements ne se font pas sur place, mais dans la maternité d'origine.

L'équipe est pluridisciplinaire et constituée de médecins (obstétriciens, psychiatre, pédiatre, médecins généralistes), psychologues, sages-femmes, psychomotricienne et assistantes sociales.

La prise en charge financière se fait par la Sécurité Sociale, la CSS, l'Aide Médicale Etat ou l'aide sociale à l'enfance au titre de la protection de l'enfance.

Le parent hospitalisé cumule, pour la majorité, des pathologies médicales, obstétricales, psychologiques et sociales. Ce cumul de vulnérabilités aboutit à des situations de crise qui interfèrent avec le déroulement et le suivi de la grossesse, ou qui interfèrent avec les premières relations parent-enfant. Quelques exemples de ces pathologies :

- Une pathologie somatique et/ou obstétricale grave nécessitant des soins importants,
- Le handicap physique ou sensoriel : séquelles d'accidents, d'AVC, surdi-mutité, cécité,
- L'annonce récente d'une séropositivité au VIH, ou de toute pathologie grave ou chronique,
- Une maladie mentale (anorexie, addictions, dépression, psychose non décompensée),
- La grande vulnérabilité psycho-sociale, les antécédents de violences, de maltraitances, de placements multiples.
- L'adolescente en rupture familiale, scolaire, éducative,
- Le projet de consentement à l'adoption.

Le service a pour objectif de soigner la future mère, la mère, le bébé, d'étayer et de soutenir les premières relations mère-enfant. Ce travail d'accompagnement et d'étayage au quotidien permet d'éviter certaines ruptures et tend à enrayer les défaillances les plus graves.

Pour effectuer une demande d'admission dans notre structure, il est nécessaire de constituer un dossier en amont.
Les éléments nécessaires à sa constitution sont les suivants :
a) Eléments médicaux et sociaux :

- Un rapport social,
- Un CR du suivi obstétrical ou médical (ci-joint la trame des renseignements médicaux indispensables),
- Un CR psychiatrique ou psychologique (si suivi),
- Un CR néonatal si le bébé est déjà né.

b) Eléments administratifs :

- La fiche de renseignements administratifs ci-jointe,
- L'accord de prise en charge financière du séjour hospitalier (S.S., mutuelle, CSS, AME, prise en charge par l'ASE,...),
- Les autorisations pour mineure et les écrits d'OPP s'il y a lieu.

Le dossier médical sera visé par un médecin, le dossier administratif sera visé par le responsable du service des admissions.

En cas d'admission acceptée, nous vous demandons de compléter le dossier par le dossier obstétrical, le CR d'hospitalisation, d'accouchement ou d'opération.
Eventuellement, un HDJ préadmission peut être proposée à la patiente où est évaluée l'indication et discuté le contrat de soins.
Tout renseignement peut être obtenu auprès du secrétariat du service.

Le Secrétariat Médical

HOPITAL LE VESINET
72, avenue de la princesse
78110 LE VESINET

Service de Soins en Périnatalité
☎ : 01.30.15.83.91
Fax : 01.30.15.83.80
E-mail : secretariat.spn@hopital-levesinet.fr

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS INDISPENSABLES POUR L'ADMISSION

Renseignements concernant le patient

NOM :
NOM de JEUNE FILLE :
Prénom :
Date de Naissance : Lieu : Département : Pays :
Nationalité :
Téléphone : Email :
Profession :

ADRESSE : .....
.....
.....

Situation administrative :

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

Date entrée dans l'établissement précédent :
Nom de l'établissement :

Acte Exo si OUI => Date :

Personne de confiance à prévenir :
NOM – Prénom : Lien de parenté :
ADRESSE : .....
.....
.....
Téléphone :

Renseignements concernant l'assuré(e)

NOM : Née :
Prénom : Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

* Bénéficiez-vous d'un 100% : ☐ Maternité ☐ ALD ☐ Invalidité

Organisme Mutuelle :

* Autre couverture sociale : ☐ CSS ☐ AME

Veuillez nous faire parvenir une copie de l'attestation de couverture sociale, et carte mutuelle recto et verso.

* ***Cocher la case correspondante***

HOPITAL LE VESINET
72, avenue de la princesse
78110 LE VESINET

Service de Soins en Périnatalité
☎ **: 01.30.15.83.91**
Fax : 01.30.15.83.80
E-mail : secretariat.spn@hopital-levesinet.fr

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX INDISPENSABLES POUR L'ADMISSION

NOM : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Indispensable : Correspondants (Nom, adresse, téléphone) :

- Maternité de référence :

  - **Obstétricien** : Dr — Tel : / Email :

  - **Sage-femme référente** maternité : — Tel : / Email :

  - Autre Professionnel de Périnatalité impliqué :

- Psychiatre : Dr — Tel : / Email :

Motif de la demande :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Antécédents gynécologiques et obstétricaux :

Antécédents psychiatriques : (préciser si ATCD d'hospitalisations+ joindre les CRH)

Conduites addictives :

Indispensable pour l'admission **: copies des sérologies, de l'ensemble des biologies (OMS Test, HT21, Groupe RH, RAI, autres (électrophorèse de l'hémoglobine…) ainsi que les copies de toutes les échographies obstétricales.**

GROSSESSE ACTUELLE : DDG = DAP =

Pathologie Obstétricale :

Traitement en cours :

Renseignements concernant le père de l'enfant :
Age / Nationalité / Profession / Pathologies :

FEUILLE D'AUTONOMIE

Nom :
Prénom :
Age :

ETAT GENERAL : Poids : Taille :

Très bon ☐ Bon ☐ Médiocre ☐

DEGRE DE DEPENDANCE :

Compréhension :	Normale	☐	Altérée	☐	Très altérée	☐
Participation :	Bonne	☐	Moyenne	☐	Faible	☐
Comportement :	Adapté à la vie en collectivité	☐	Agressif	☐	Agité	☐

Etat psychique :	Normal	☐	Désorienté	☐	Dépressif	☐	Anxieux ☐

Vision :	Normale	☐	Altérée	☐
Audition :	Normale	☐	Altérée	☐
Langage :	Normal	☐	Aphasique	☐

Incontinence urinaire :	Normale	☐	Partielle	☐	Sonde vésicale ☐
Incontinence anale :	Aucune	☐	Partielle	☐	Totale ☐
Etat cutané :	Normal	☐	Escarre Localisation : Etendue :	☐	

Toilette – habillage :	Sans aide	☐	Aide partielle	☐	Aide totale ☐
Alimentation :	Sans aide	☐	Aide partielle	☐	Aide totale ☐
Station assise :	Possible	☐	Difficile	☐	Impossible ☐
Marche :	Possible	☐	Difficile	☐	Impossible ☐

(Béquilles ---- Déambulateur ---- Canne simple ---- Tierce personne)

SOINS INFIRMIERS EN COURS :

AVENIR SOCIAL :

- Retour à domicile : ☐
- Sortie vers un hébergement : Connu ☐ Recherches en cours ☐
- Inconnu : ☐

Date :

HÔPITAL
LE VÉSINET

AUTORISATION DE PRISE DE VUE

Vu l'article 9 du code civil,
Vu l'article 226-1 du code pénal.

Je soussigné(e) *Nom – Prénom* _____

habitant _____

en qualité de : ❒ membre du personnel
❒ patient
❒ responsable légal de *Nom – Prénom* _____
❒ visiteur

autorise par la présente, la prise de vue d'image personnelle par l'hôpital Le Vésinet pour :

- une communication interne à l'établissement ❒ oui ❒ non
  (panneau d'affichage, livret d'accueil, identification, réseau informatique interne, journal de l'hôpital…)
- une communication externe à l'établissement ❒ oui ❒ non
  (flyers, presse, GHT…)
- des vidéos à visée thérapeutique ou éducative ❒ oui ❒ non
  (supports de formations, méthode d'observation, exercices physiques…)
- l'identification dans le dossier patient informatisé ❒ oui ❒ non
  (pour les patients uniquement)

autorise par la présente et le cas échéant, la prise de vue d'image personnelle par une société *(reportages pour la télévision ou la presse, film documentaire…).*

média et cadre de diffusion à préciser *(société, date de diffusion, chaîne de télévision, journal...)*

_____ ❒ oui ❒ non
_____
_____

pour laquelle j'autorise la mention de nom et prénom ❒ oui ❒ non

La prise de vue est effectuée dans l'enceinte de l'hôpital du Vésinet ou lors de sa représentation à l'extérieur (visite à domicile, salon professionnel, évènement sportif, colloque…) ;

La présente autorisation est personnelle et incessible, elle est valable pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment, elle est consentie à titre gracieux.

Fait au Vésinet, le _____/_____/_____

Signature

❒ *Annule et remplace toute autorisation antérieure*
❒ *Complète toute autorisation antérieure*

HÔPITAL
LE VÉSINET

NOTE RELATIVE AUX INFORMATIONS PERSONNELLES RECUEILLIES PAR L'ETABLISSEMENT

DROITS D'ACCES AUX INFORMATIONS

I - INFORMATIQUE ET LIBERTES

Vu la Loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 – modifiée en 2004 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés.
Afin d'assurer la gestion des dossiers des agents et le traitement de la paie, l'Hôpital du Vésinet est équipé d'un progiciel de gestion des ressources humaines. Les informations nominatives vous concernant, peuvent faire l'objet d'un enregistrement informatique réservé à l'usage exclusif des agents habilités par la Direction des Ressources Humaines, dans le strict respect du secret professionnel. En application des articles 27 et 34 de la loi informatique, fichiers et libertés du 6 janvier 1978, ces informations pourront faire l'objet d'un droit d'accès ou de rectification, sur demande écrite adressée au Directeur adjoint, Responsable des ressources humaines.

II - VIDEOSURVEILLANCE

Vu la Loi N°95-73 du 21/01/95 et les Décrets du 17/10/96 – 26/09/06 et 03/08/07.
L'hôpital Le Vésinet est un établissement placé sous vidéosurveillance. Celle-ci a été autorisée par arrêté préfectoral, délivré par le Bureau des Polices administratives. Pour l'exercice du droit d'accès à l'image s'adresser au Directeur de l'hôpital, responsable du dispositif.

DROIT A L'IMAGE

Vu l'Article 9 du Code civil et l'Article N°226-1 du code pénal.
Dans l'exercice de vos fonctions, l'hôpital peut être amené à utiliser votre image, afin de vous identifier auprès de certains patients, pour un affichage dans les services, une parution dans le journal interne, une diffusion sur le site intranet, ou encore pour d'éventuels reportages... Les modalités d'utilisation et le cadre de diffusion de ces images doivent être spécifiés. Toute personne dispose sur son image et sur l'utilisation qui en est faite, d'un droit exclusif et peut s'opposer à sa distribution et diffusion dès lors qu'elle n'y a pas préalablement consenti. Afin de répondre à ce droit, vous devez explicitement remplir le formulaire d'autorisation de prise de vue, que vous pourrez modifier ultérieurement en vous adressant au service des ressources humaines.

Je soussigné(e) M_____
certifie avoir pris connaissance de ces informations et avoir renseigné le formulaire d'autorisation au verso.

Fait au Vésinet, le _____/_____/_____

Signature
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

- *1 exemplaire à retourner daté et signé au service RH pour être joint au dossier administratif*
- *1 exemplaire à conserver par l'agent*

Fiche de désignation de la personne de confiance

Selon la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé parue au J.O n°54 du 5 mars 2002 page 4418, art. L. 1111-6 :

Vous pouvez désigner une personne de confiance (soit un parent, un proche, ou votre médecin traitant) afin qu'elle puisse vous accompagner dans vos démarches, vous assister lors de vos entretiens médicaux et de vous aider dans vos décisions.
La personne de confiance désignée par vos soins est, par conséquent, autorisée à être consultée au cas où vous seriez dans l'impossibilité d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.
Vous pouvez décider à tout moment de révoquer cette désignation : pour cela vous devez vous adresser au médecin qui vous suit dans le service.

Formulaire de désignation de la personne de confiance

Je soussigné(e),

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Né(e) le :

☐ Ne souhaite pas nommer de personne de confiance

Nomme la personne de confiance suivante :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Né(e) le :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Fait à : Le

Votre signature : Signature de la Personne de Confiance :

Ce document est à conserver dans le dossier patient

HOPITAL LE VESINET

Fiche de désignation de la personne de confiance

CAS PARTICULIER
Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e)
le formulaire de désignation de la personne de confiance

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

Témoin 1 : *Je soussigné(e)*

Nom et prénoms : .....

Qualité (lien avec la personne) : .....

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M.....

➔ que M..... lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui ☐ non ☐

➔ que M.....lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui ☐ non ☐

Fait à : le :

Signature

Témoin 2 : *Je soussigné(e)*

Nom et prénoms : .....

Qualité (lien avec la personne) : .....

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M.....

➔ que M..... lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui ☐ non ☐

➔ que M.....lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui ☐ non ☐

Fait à : le :

Signature

Ce document est à conserver dans le dossier patient

HÔPITAL
LE VÉSINET

Tél : 01.30.15.80.00
SERVICE DE SOINS EN PÉRINATALITÉ

Docteur Anne de TRUCHIS
Chef de Service
Praticien Hospitalier
Pédiatre
anne.detruchis@hopital-levesinet.fr

Docteur Michèle LEVY
Docteur Isabelle MARTY
Praticiens Hospitaliers, psychiatres

Docteur Camille COHEN STEINER
Docteur Yacine ZEROUALA
Praticiens Hospitaliers
Gynécologues-Obstétriciens

Docteur Marguerite CUVELIER
Docteur Géraldine ROUSSELOT
Praticiens Hospitaliers, médecins généralistes

Docteur Léa BENCHABAT
Docteur Sabrina BOUSSEBISSI
Docteur Laura CRIART
Docteur Philippine JAMET
Docteur Valériane SALLÉE
Assistants de médecine générale

Caroline PRADINES 01.30.15.81.75
Sage-femme Cadre Supérieur
caroline.pradines@hopital-levesinet.fr

Frédérique SAUL CATILLON
Sage-femme coordinatrice

Secrétariat médical
secretariat.spn@hopital-levesinet.fr
Admissions Hospitalisations
Géraldine HASTINGS : 01.30.15.83.91
Admissions Hôpital de Jour
Christine DA SILVA : 01.30.15.83.92
Fax : 01.30.15.83.80

Psychologues
Maëlle CAZALIS
Charlotte DELMOULY
Laurence LURET
Cédric MORTAIN
Dafné TINGIR

Psychomotricienne
Hortense GOURRET
Sylvie LEGOUBET

Orthophoniste :
Anne ALEXANDRE LUCAS

Assistantes Sociales :
Séverine LAUREAU : 01.30.15.83.97
severine.laureau@hopital-levesinet.fr
Anne-Claire GUITARD : 01.30.15.83.98
anne-claire.guitard@hopital-levesinet.fr

Secrétariat Social :
Sylvie CAREL : 01.30.15.83.99
social@hopital-levesinet.fr

AUTORISATION DE FILMER

Vous êtes hospitalisé(e) avec votre enfant dans le service de soins en périnatalité du Docteur de TRUCHIS, à l'hôpital du Vésinet.

Dans le cadre de votre prise en charge, nous effectuerons un bilan de vos relations avec votre enfant, à l'aide, entre autres, d'enregistrements vidéo. Ce matériel audiovisuel est d'une grande importance pour votre bonne prise en charge thérapeutique.

Ces enregistrements vidéo seront utilisés, sous la responsabilité du Docteur de TRUCHIS, pour l'amélioration de votre prise en charge et de celle de votre enfant. Vous pouvez être amené(e) à visionner la vidéo accompagné(e) de votre psychologue. Ils pourront être montrés à des équipes professionnelles, à l'exclusion de toute utilisation commerciale.

Je soussignée, Madame / Monsieur ..... autorise l'équipe clinique du Docteur de TRUCHIS à effectuer des enregistrements vidéo de moi-même et de mon enfant.....

Je suis informé(e) que sur simple demande de ma part auprès du chef de service, cette autorisation sera annulée et les images correspondantes effacées.

Ces différents points me sont communiqués lors d'un entretien d'accueil ou de pré-admission.

Fait au Vésinet, le.....

Signature de l'intéressé(e) ou de son (ses) représentant(s) légal(aux) :