



Centre médico-psychologique

Françoise MINKOWSKA

Association

Françoise et Eugène MINKOWSKI

Formulaire

Demande de prise en charge au Centre Françoise Minkowska

Rappel important :

Le formulaire doit être complété intégralement. Tout dossier incomplet ne pourra pas faire l'objet d'une instruction par notre commission d'admission. Pour compléter le dossier, nous vous remercions de vous référer à la notice en annexe (page 5) pour vous assurer que le patient que vous nous orientez remplit bien les conditions de prise en charge.

| | |
|--|---|
| Dossier à transmettre par courrier à l'adresse suivante (Merci de ne pas demander au patient de se présenter au Centre) : Centre Françoise MINKOWSKA Demande de prise en charge 11, rue des Régilises 75020 Paris | Ou par Messagerie Sécurisée de Santé (MSS) à : secretariat@cmp-minkowska.mssante.fr <i>Afin d'envoyer un courriel en MSSanté, le destinataire doit détenir une adresse MSSanté (adresse se terminant par @xxx.mssante.fr)</i> |
|--|---|

Informations relatives à l'adresseur (données obligatoires)

| | |
|---|--|
| Date de la demande : | / / |
| Civilité de l'adresseur : | <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur |
| Nom de l'adresseur : | |
| Prénom de l'adresseur : | |
| Fonction de l'adresseur : | <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Assistant(e) social(e) <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Avocat <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : |
| Si l'adresseur n'est pas un médecin correspondant, merci de nous indiquer ci-dessous les coordonnées du médecin correspondant, à qui nous pourrons adresser notre réponse. La notification de décision de la commission d'admission sera transmise au patient et au médecin correspondant. En cas d'absence de médecin correspondant, l'adresseur sera avisé de l'envoi de la notification de décision au patient. | |
| Nom : Prénom : Fonction : Tel : | |
| Téléphone de l'adresseur (ligne directe) | <input type="checkbox"/> Tél. fixe : <input type="checkbox"/> Tél. mobile : |
| Adresse électronique de l'adresseur : (en majuscules) | |
| Nom de l'établissement : | |
| Adresse de l'établissement : | <input type="checkbox"/> Voie : <input type="checkbox"/> Code postal : <input type="checkbox"/> Ville : |
| Type d'établissement : | <input type="checkbox"/> CADA <input type="checkbox"/> Structure de soins <input type="checkbox"/> CHRS /CHU <input type="checkbox"/> Autre (A préciser) : <input type="checkbox"/> Structure juridique |

Informations relatives au patient (données obligatoires)

| | |
|---|---|
| Nom de naissance du patient (nom complet) : (en majuscules) | |
| Prénoms du patient : (en majuscules) | <input type="checkbox"/> Prénom 1 : <input type="checkbox"/> Prénom 2 : <input type="checkbox"/> Prénom 3 : |
| Date de naissance complète (jour-mois-année) | / / |
| Lieu de naissance (Ville) : | |
| Lieu de naissance (Pays) : | |
| Genre du patient : | <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre |
| Adresse complète du patient : | <input type="checkbox"/> Si hébergé, nom de l'hébergeur : <input type="checkbox"/> N° et nom de la voie : <input type="checkbox"/> Complément d'adresse : <input type="checkbox"/> Code postal : <input type="checkbox"/> Ville : S'agit-il d'un hébergement d'urgence ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Nom et prénom du patient : _____

| | | | |
|---|--|---|--------------------------------------|
| Téléphone du patient : | | <input type="checkbox"/> Tél. fixe : <input type="checkbox"/> Tél. mobile : | |
| Personne à prévenir / contact : <i>Personne contactée si nécessaire par l'équipe uniquement pour l'organisation des consultations</i> | | <input type="checkbox"/> Nom : <input type="checkbox"/> Prénom : <input type="checkbox"/> Tel : <input type="checkbox"/> Lien de parenté : | |
| Adresse électronique du patient : (en majuscules) | | | |
| Situation familiale : | | <input type="checkbox"/> Marié.e <input type="checkbox"/> Divorcé.e <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Autre (A préciser) : <input type="checkbox"/> Veuf/veuve | |
| Nombre d'enfants : | | / / | |
| Pays de provenance si différent du pays de naissance : | | | |
| Langues parlées : | | <p>Le patient peut être pris en charge en français ?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>Si non, préciser les langues couramment parlées et comprises par le patient :</p> <input type="checkbox"/> Langue maternelle : <input type="checkbox"/> Autres langues : | |
| Patient à mobilité réduite (PMR)* ou autre situation de handicap : * Le Centre Françoise Minkowska est accessible aux personnes à mobilité réduite. | | PMR : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Autre situation de handicap : |

Informations sur la situation administrative du patient (données obligatoires)

| | | |
|--|---|--|
| Statut du patient : | <input type="checkbox"/> Titre de séjour. <input type="checkbox"/> Carte de séjour. <input type="checkbox"/> Carte de résident. <input type="checkbox"/> Certificat de résidence algérien. <input type="checkbox"/> Visa étudiant. <input type="checkbox"/> Carte de séjour pour européen. | <input type="checkbox"/> Demandeur d'asile. <input type="checkbox"/> Demandeur d'asile Dublin. <input type="checkbox"/> Bénéficiaire de la Protection Internationale. <input type="checkbox"/> Débouté. <input type="checkbox"/> Sans papiers. |
| Le patient dispose-t-il d'un N° de sécurité sociale : | <input type="checkbox"/> Oui. | <input type="checkbox"/> Non. Si oui, indiquer le N° de sécurité sociale : |
| Le patient bénéficie-t-il de l'AME (aide médicale d'état) | <input type="checkbox"/> Oui. | <input type="checkbox"/> Non. |

Informations sur l'état de santé du patient (données obligatoires)

| | | |
|---|---|--|
| Médecin traitant : | <p>Le patient a-t-il un médecin traitant :</p> <input type="checkbox"/> Oui. <input type="checkbox"/> Non. | |
| | <p>Si oui :</p> <input type="checkbox"/> Nom : <input type="checkbox"/> Tél : <input type="checkbox"/> Prénom : <input type="checkbox"/> Mail : <input type="checkbox"/> Spécialisation : | |
| Bilan somatique : | <p>Un bilan somatique a-t-il été effectué ?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>Si oui, à quelle date : / /</p> <p>Coordonnées du professionnel ayant réalisé le bilan somatique :</p> <input type="checkbox"/> Nom : <input type="checkbox"/> Tel : <input type="checkbox"/> Prénom : <input type="checkbox"/> Mail : <input type="checkbox"/> Spécialité : | |
| La patient présente-t-il des antécédents somatiques : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>Si oui, lesquels :</p> | |
| La patient présente-t-il des antécédents psychiatriques : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>Si oui, lesquels :</p> | |
| Actuellement, le patient prend-il, un ou des traitements médicamenteux ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>Si oui, lesquels :</p> | |

Nom et prénom du patient : _____

| | |
|---|--|
| Une orientation vers le CMP de secteur a-t-elle été faite ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Nom du CMP : <input type="checkbox"/> Adresse du CMP : <input type="checkbox"/> Date de l'orientation : <input type="checkbox"/> Motif du refus de prise en charge : |
| Consentement du patient : | <i>Le patient a-t-il donné son consentement pour une demande de prise en charge médico-psychologique au Centre Françoise Minkowska ?</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : Signature du patient : |

Informations le motif de demande de prise en charge (données obligatoires)

| | |
|---|--|
| Motif de demande de prise en charge* : <i>*Joindre un courrier détaillé descriptif de la situation du patient.</i> | |
| Trajectoire migratoire – Parcours d'exil du patient : | |
| La demande de prise en charge est-elle en lien avec des mesures judiciaires ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquelles : |

Justificatifs à joindre au dossier de demande de prise en charge :

- Formulaire complété et signé (+ cachet de l'établissement ou du professionnel).
- Copie recto verso des papiers d'identité (français ou étrangers)
- Courrier détaillé sur la situation du patient.
- Résultats complets du bilan somatique.
- Comptes-rendus médicaux.
- Bilans biologiques.
- Ordonnances relatives aux traitements en cours.
- Tout autre document justificatif en lien avec la demande d'orientation.

| | |
|--|--|
| Date de la demande : | |
| Signature de l'adresseur + cachet de l'établissement | |

Nom et prénom du patient : _____

**NOTICE D'AIDE A LA CONSTITUTION DU DOSSIER DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE :
LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE**

Le Centre Françoise Minkowska est un centre médico-psychologique non sectorisé qui propose des consultations ambulatoires à une population (adulte) migrante, réfugiée, demandeuse d'asile, de toute l'Ile-de-France. Cette population a rencontré dans sa trajectoire migratoire ou dans son parcours d'exil, des difficultés psychiques, et d'accès aux soins dans les services du droit commun.

Avant de remplir le formulaire de demande de prise en charge, vérifiez les conditions d'éligibilité de votre patient

Pour bénéficier d'une prise en charge au sein du Centre Françoise Minkowska, **le patient que vous adressez doit remplir les critères d'inclusion ci-dessous listés.**

Critères généraux

| Critères d'inclusion (prise en charge possible) | Critères d'exclusion (prise en charge impossible) |
|--|--|
| Situation du patient : <ul style="list-style-type: none">➤ Patient adulte.➤ Difficultés psychiques.➤ Difficultés d'accès aux soins dans les services de droit commun en lien avec des problématiques d'ordre culturel et/ou linguistique.➤ Patient stabilisé pouvant bénéficier d'une prise en charge ambulatoire. | Situation du patient : <ul style="list-style-type: none">➤ Patient mineur (Dérogation possible pour les jeunes de 15 ans et 3 mois possible). Type de prise en charge : <ul style="list-style-type: none">➤ Thérapie familiale.➤ Thérapie conjugale. |

Critères cliniques

| Critères d'exclusion (prise en charge impossible) |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">➤ Etat d'agitation psychomotrice.➤ Crise suicidaire.➤ Troubles du comportement avec auto et hétéro agressivité.➤ Retard mental profond.➤ Troubles majeurs du développement psychomoteur.➤ Etat d'agitation lié à des addictions.➤ Trouble des conduites alimentaires avec calcul de l'IMC<16. |

Cas particulier : (demande d'avis)

Nous consulter par mail : secretariat@minkowska.com

Mail à adresser à l'attention du Médecin Coordinateur avec un **exposé anonymisé de la situation sans le nom du patient (Monsieur X, Madame Y), les pièces jointes éventuelles devront être anonymisées et ne présenteront pas de données à caractère personnel**

Attention ! dans le cadre de la protection des données cette adresse électronique ne doit pas être utilisée pour la transmission du dossier de demande de prise en charge.