



Hospitalisation De Jour

Charte du bon fonctionnement de l'Hôpital de Jour en Psychiatrie

- Le patient se présentera **obligatoirement au secrétariat de PSYCHIATRIE (bat 049) à chaque arrivée** en Hôpital De Jour où il lui sera donné **son carnet de suivi de rendez-vous**. Le carnet sera à faire signer par les différents intervenants et il **devra être rendu au secrétariat avant chaque sortie d'Hôpital De Jour**, ce afin de valider la prise en charge en HDJ.
- **Les portables sont mis sur silencieux et leur utilisation est interdite** lors des ateliers.
- Une tenue et une attitude correcte sont demandées lors des séances.
- Les personnels du service ainsi que les autres patients doivent être **respectés**.
- Le port du bracelet d'identification **n'est pas obligatoire** mais si vous l'acceptez celui-ci ne doit pas être retiré durant toute l'HDJ.
- En cas d'**absence**, merci d'en informer le secrétariat au **03.87.56.22.55**
- Tout **départ injustifié** dans le courant de la journée sera considéré comme une **absence injustifiée**.
- **Après 1 absences injustifiées, les séances de groupe se verront interrompues** (tout en maintenant les consultations médicales pour les patients suivis par les psychiatres de l'H.I.A Legouest).
- Le patient s'engage à poursuivre le suivi avec son psychiatre externe durant le temps de la PEC en HDJ, dans le cas contraire l'HDJ sera interrompu (la PEC en HDJ **ne se substitue en aucun cas** au suivi avec le psychiatre prescripteur).
- Un courrier sera adressé à votre médecin traitant afin de l'informer que vous êtes suivi en HDJ.
- Le repas n'est pas fourni par l'hôpital dans le cas d'une prise en charge en demi-journée.
- **Un respect strict des horaires des séances** est demandé. Tout retard verra la séance annulée.
- Le choix des thérapies réalisées se fait selon une prescription médicale établie à l'entrée.
- Tout **problème somatique (non psychiatrique)** programmable devra être pris en charge par votre médecin traitant ou spécialiste approprié.
- Tout rendez-vous pris pour **motif non psychiatrique** est à la responsabilité et à la charge du patient.

Je soussigné(e), _____, né(e) le __/__/__, certifie avoir pris connaissance du règlement du service d'Hôpital De Jour de Psychiatrie de l'H.I.A. LEGOUEST et accepte le fait qu'en cas de non-respect de ces règles, les thérapeutes se réservent le droit de mettre fin immédiatement à la prise en charge dans le service.

Fait à _____, le __/__/__

« Lu et approuvé »

Signature