

## DOSSIER D'ADMISSION

**Madame, Monsieur**

**Vous faite une demande d'admission à La Clinique les Bruyères pour une hospitalisation complète de 6 semaines.**

**Voici les éléments que doit comporter votre dossier :**

- ❑ **Un volet administratif.**
- ❑ **Un volet médical rempli par le médecin à nous retourner, accompagné d'une prescription médicale pour la cure.**
- ❑ **Un Bilan sanguin de moins de 1 mois (voir page 6).**
- ❑ **Une photocopie de votre attestation de sécurité sociale en cours de validité à la date d'hospitalisation.**
- ❑ **Une photocopie RECTO-VERSO de votre carte de mutuelle ou de votre attestation CMUC en cours de validité à la date d'hospitalisation.**
- ❑ **Une photocopie de votre pièce d'identité.**

## RENSEIGNEMENTS A L'ATTENTION DES MALADES

**DUREE DE L'HOSPITALISATION : 6 semaines**

**REPAS :**

- Petit déjeuner : 8H00  
- Déjeuner : 12H00  
- Collation : 16h30  
- Diner : 19h00

**VISITES :**

Le MERCREDEI : de 16H30 à 18H00  
SAMEDI, DIMANCHE et JOURS FERIES : de 14H00 à 18H00 (12h00 pour les repas accompagnants).

Nous vous rappelons que lors des visites, les enfants restent sous la responsabilité et la surveillance de la famille.

**TELEPHONE :**

Les téléphones portables sont autorisés sauf pendant les activités.

Vous pouvez vous faire appeler aux horaires suivants :

- 08H00 à 08H30  
- 12H00 à 13H15  
- 17H00 à 18H00- 19H15 à 20H30

Pensez aux autres patients et limitez vos communications à 3 MINUTES.

**HORAIRES DE SORTIES (sans nuitée en extérieur):**

PAS DE SORTIE LA SEMAINE, sauf démarches particulières.

2<sup>e</sup> WEEKEND : le samedi, de 14h00 à 18h00.  
A PARTIR DU 3<sup>e</sup> WEEKEND : le samedi, de 14h00 à 21h00.

DIMANCHE et JOURS FERIES de 09H00 à 18H00 (accompagné).

Il vous est consacré une après-midi thérapeutique en 4<sup>e</sup> semaine, deux après-midi thérapeutique en 5<sup>e</sup> semaine et une journée thérapeutique en 6<sup>e</sup> semaine. (Après-midi thérapeutique : temps libre extérieur)

**POUR DES RAISONS DE SECURITE, LES VEHICULES NE SONT PAS AUTORISES DANS L'ENCEINTE DE L'ETABLISSEMENT.**

**DIVERS :**

LES PARFUMS, EAUX DE TOILETTE, AINSI QUE TOUT PRODUIT A BASE D'ALCOOL NE SONT PAS AUTORISES DANS L'ETABLISSEMENT.

SE MUNIR D'UN NECESSAIRE DE TOILETTE (peigne, savon, brosse à dents, serviettes...). Pour des raisons d'hygiène, nous vous recommandons de ne pas prêter vos affaires de toilette.

PREVOIR POUR LES ACTIVITES PHYSIQUES UNE TENUE DE SPORT LEGERE (jogging), UNE PAIRE DE BASKET ET UNE SERVIETTE EPONGE UNIQUEMENT RESERVES A CET EFFET.

IL EST STRICTEMENT INTERDIT DE LAVER SON LINGE DANS LES CHAMBRES (Une laverie est à votre disposition).

PREVOIR UN CADENAS POUR VOTRE ARMOIRE

UNE TENUE VESTIMENTAIRE DECENTE EST REQUISE TOUT AU LONG DU SEJOUR.

L'usage des cigarettes électroniques est interdit à l'intérieur des locaux de l'établissement.

Les patients placés en chambre particulière, dont la prise en charge par leur complémentaire santé est validée, pourront - si la chambre est équipée- disposer d'un téléviseur (inclus dans le forfait chambre particulière), merci de prévoir un **dépôt de garantie de 150 €** en chèque ou espèces.

Pour les téléviseurs installés en chambre double, en plus de la caution, une **participation de 60 €** est demandée pour l'ensemble du séjour (limité à 3 mois) pour les personnes qui le souhaitent.

D'autres prestations sont également possibles : location de réfrigérateur, de cafetière ou de bouilloire.

**CLINIQUE LES BRUYERES  
53 RUE DE DOUAI  
59165 AUBERCHICOURT**

**Tél. : 03.27.90.37.37  
Fax : 03.27.91.10.62  
Fax (médical) : 03.27.90.00.61**

**Docteur HAY Florence  
Médecin**

**Docteur BUCUR Camélia  
Médecin**

**GERVAIS Fabienne  
Psychologue clinicienne**

**CHUDOBA Shirley  
Psychologue clinicienne**

**POIRET Valentine  
Psychologue clinicienne**

## VOLET ADMINISTRATIF ET SOCIAL

### PATIENT :

NOM : ..... PRENOM : .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

DATE DE NAISSANCE: ...../...../..... LIEU DE NAISSANCE : .....

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

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TELEPHONE : ...../...../...../...../..... PORTABLE : ...../...../...../..... E-mail : .....

Je suis : propriétaire – locataire – en foyer – sans domicile – hébergé(e) (préciser)

### SITUATION FAMILIALE :

Marié(e)  Divorcé(e)  Célibataire  Concubinage  Veuf(ve)  Pacsé(e)

### NOMBRE D'ENFANTS :

EMPLOI : .....  Retraité  Sans activité

En arrêt de travail depuis le : ou longue maladie depuis le ...../...../.....

En invalidité depuis le ...../...../.....

### RESSOURCES:

Salaire  Indemnités journalières  Assedic  RSA  AAH  Retraite

### MEDECIN TRAITANT REFERENT:

Nom et adresse :

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

### MESURE DE PROTECTION:

Tutelle  Curatelle  Mesure en cours

Noms du tuteur ou curateur : ..... Téléphone : ...../...../...../.....



Pour une réception plus rapide des éléments, vous pouvez demander au laboratoire de nous **faxer directement les résultats au 03.27.91.10.62.**

***A REMETTRE AU MEDECIN TRAITANT***

**Chère Consœur, Cher Confrère,**

**Voudriez-vous faire effectuer le bilan biologique suivant, avant l'admission de votre patient dans notre établissement :**

- NF avec plaquettes
- TRIGLYCERIDES
- CHOLESTEROL
- GLYCEMIE

- TP
- GAMMA GT
- TGO
- TGP

**En cas d'antécédents de consommation de toxiques (tels que cannabis, opiacés, héroïne, amphétamines ...) ou pour les patients avec traitement de substitution actuel ou ancien, merci de prescrire : toxiques urinaires avec contrôle d'identité.**

**Veillez croire, Chère Consœur, Cher Confrère, en l'assurance de notre parfaite considération.**

**Docteur Florence HAY**

**Docteur Camélia BUCUR**



Etat général :                      Poids :                      Taille :                      TA:

Cœur : \_\_\_\_\_  
Poumons: \_\_\_\_\_  
Système nerveux : \_\_\_\_\_  
Appareil Digestif : \_\_\_\_\_  
Appareil Génito -urinaire : \_\_\_\_\_  
Appareil Locomoteur : \_\_\_\_\_

**V Traitement en cours :**

<i>Dénomination</i>	<i>Posologie</i>	<i>date début et date fin</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**VI Suivi actuel du patient :**

*( si oui merci de noter les coordonnées )*

Psychiatre : \_\_\_\_\_  
Psychologue : \_\_\_\_\_  
Centre d'alcoologie : \_\_\_\_\_  
Autre: \_\_\_\_\_

**VII Projet thérapeutique et projet à la sortie**

Situation professionnelle actuelle :      Emploi - En recherche - Autre : \_\_\_\_\_

Suivi Médical : \_\_\_\_\_

Suivi Alcoologique : \_\_\_\_\_

Suivi psychologique : \_\_\_\_\_

Accompagnement social : \_\_\_\_\_

Post-cure envisagée à la sortie ?     non  
 oui      Date : \_\_\_\_\_  
Coordonnées de l'établissement retenu : \_\_\_\_\_  
Dossier déjà préparé ?  Oui       non

Hébergement à la sortie :    Domicile - Famille - Foyer - Autre : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone du praticien  
pouvant être joint :  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date, cachet et signature du médecin:

Tel : 03.27.90.37.37 - Fax : 03.27.91.10.62 - Courriel : admissions.bruyeres@free.fr

Réservé au service :  Acceptation BC  Refus BC  Acceptation MR  Refus MR      **Motivation refus :**