

## 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

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

**LES REPAS** :

- |                     |                |                                       |                |
|---------------------|----------------|---------------------------------------|----------------|
| - le Petit déjeuner | : <b>8H00</b>  | - la Collation (du mardi au vendredi) | : <b>16H30</b> |
| - le Déjeuner       | : <b>12H00</b> | - le Dîner                            | : <b>19H00</b> |

**LES VISITES** :

Le MERCREDI : de **16h30 à 18h00**.

Les SAMEDI, DIMANCHE et JOURS FERIES : de **14H00 à 18H00**

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

**LE TELEPHONE** :

Les téléphones portables sont autorisés sauf pendant les activités.

Vous pouvez vous faire appeler sur le poste fixe de la Clinique, aux horaires suivants :

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

**Pensez aux autres patients et limitez vos communications à 5 minutes.**

**LES HORAIRES DE SORTIES** :

**IL N'Y A PAS DE SORTIE LA SEMAINE**, sauf démarches particulières.

**Les week-end et jours fériés** :

- Le 2<sup>e</sup> week-end : sortie le **samedi, de 14h00 à 18h00**.
- Le 3<sup>e</sup> week-end et les suivants : sortie **le samedi, de 14h00 à 21h00**  
: sortie **le dimanche de 09h00 à 18h00**
- Les jours fériés : sortie de 09h00 à 18h00  
(à partir de la 4<sup>ème</sup> semaine)

A chaque retour de sortie, vous êtes dans l'obligation de vous présenter directement à l'infirmerie pour un contrôle d'alcoolémie.

Vous bénéficiez pendant votre séjour

- d'une après-midi thérapeutique en 4<sup>e</sup> semaine,
- de deux après-midi thérapeutiques en 5<sup>e</sup> semaine,
- d'une journée thérapeutique en 6<sup>e</sup> semaine.

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

## **DIVERS :**

Les parfums, eaux de toilette, bains de bouche ainsi que tout produit alimentaire contenant de l'alcool ou du vinaigre ne sont pas autorisés dans l'établissement. (Ils seront remis à l'infirmier(ère) le jour de votre arrivée.).

Merci de vous munir d'un nécessaire de toilette, y compris des serviettes. Pour des raisons d'hygiène, nous vous recommandons de ne pas prêter vos affaires de toilette.

Merci de prévoir une tenue adaptée pour les activités physiques (jogging, baskets...).

Il est strictement interdit de laver son linge dans les chambres (Une laverie est à votre disposition).

Merci de prévoir une tenue vestimentaire décente tout au long de votre séjour.

## **Télévision et prestations complémentaires :**

En fonction du montant accordé par votre complémentaires santé, la prestation TV peut être incluse, dans le cas contraire, une participation de 60 € vous sera demandée pour l'ensemble du séjour (limité à 3 mois).

Dans tous les cas, merci de prévoir un dépôt de garantie de 150€ en chèque ou en espèces.

## **Prestations complémentaires incluses ou payantes :**

Location de réfrigérateur.

Location de cafetière.

Location 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 : ...../...../...../...../.....

**CENTRE DE SECURITE SOCIALE :**

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : ...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

CENTRE ET ADRESSE : .....

Code postal : ...../...../...../...../...../..... Ville : .....

ALD :  Oui  Non

**MUTUELLE COMPLEMENTAIRE :**

NOM ET ADRESSE : .....

Code postal : ...../...../...../...../...../..... Ville : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

**LA PRISE EN CHARGE DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION**

Le ticket modérateur (20% du tarif journalier par journée d'hospitalisation) et le forfait journalier sont pris en charge par votre complémentaire santé (mutuelle ou CMUC), à défaut ils resteront à votre charge

**La chambre individuelle :**

La clinique dispose de chambres individuelles dont certaines équipées d'un téléviseur. L'accès aux chambres individuelles se fait en fonction de la validité de votre prise en charge mutuelle et de **nos disponibilités (auquel cas vous y accéderiez dès libération).**

Si vous bénéficiez d'une mutuelle, l'obtention de la chambre individuelle se fera en fonction de l'accord de cette dernière et sur la base du nombre de jours accordés. Nous vous conseillons de contacter votre organisme complémentaire avant votre hospitalisation pour obtenir ces informations (notre code activité est DMT 214) et nous les retourner le plus vite possible.

Si vous ne bénéficiez pas d'une prise en charge mutuelle, le montant du supplément chambre individuelle sera à votre charge : à partir de 50 € par nuit auquel pourra s'ajouter le forfait télévision (60 €, limité à 3 mois).

**La CMUC ne couvre jamais le supplément chambre individuelle.**

Je demande à bénéficier d'une chambre individuelle, le supplément sera pris en charge par :

- Ma mutuelle
- Moi même

SIGNATURE du patient :

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
- EAL
- GLYCEMIE
- Ionogramme sanguin
- Urée, créatinine, clearance créatinine
- TP
- GAMMA GT
- TGO
- TGP
- Dosage des toxiques urinaires (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).

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

Docteur Florence HAY

Docteur Camélia BUCUR

Date d'admission prévue le :

Pour une durée initiale de 6 semaines

NOM:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

Tél :

### I Séjours antérieurs en établissements de cure.

-  
-  
-  
-  
-  
-

### II Antécédents (si oui, merci de préciser)

#### Somatiques :

Crises comitiales  non  oui  
Diabète  non  oui <sup>(1)</sup>  
HTA  non  oui <sup>(1)</sup>  
Tuberculose  non  oui <sup>(1)</sup>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> (merci d'indiquer si le patient est suivi sur ce sujet)

Autres : \_\_\_\_\_

**Autres maladies chroniques :** (merci d'indiquer si le patient a bénéficié d'un programme d'éducation thérapeutique)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Merci de joindre une copie du dernier bilan bio et autres examens complémentaires

#### Psychiatriques /psychologiques : Troubles du comportement notamment :

Tentative de suicide  non  oui

Si oui : date de la dernière tentative et contexte du passage à l'acte : \_\_\_\_\_

Idées suicidaires actuelles  non  oui

Autres (comportements violents...) : \_\_\_\_\_

#### Autres conduites addictives :(merci de détailler ...)

Tabac \_\_\_\_\_

Cannabis \_\_\_\_\_

Autres drogues \_\_\_\_\_

Médicaments \_\_\_\_\_

Troubles alimentaires \_\_\_\_\_

Jeux \_\_\_\_\_

### III Histoire de la maladie justifiant l'hospitalisation :

|

Etat général :                      Poids :                      Taille :                      TA:

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

**V Traitement en cours :**

| Dénomination | Posologie | date début et date fin |
|--------------|-----------|------------------------|
| _____        | _____     | _____                  |
| _____        | _____     | _____                  |
| _____        | _____     | _____                  |
| _____        | _____     | _____                  |
| _____        | _____     | _____                  |
| _____        | _____     | _____                  |
| _____        | _____     | _____                  |

**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 :** \_\_\_\_\_