

DOSSIER DE PRE – ADMISSION

- Hospitalisation complète (6 semaines)
 Hôpital de Jour

<i>Cadre réservé au service de SSRA</i>		
Date de réception :		
Remarque :	Oui	Non
		Pourquoi:

Date : / /

Dossier rempli par : (Nom, Prénom, Fonction).....

Adresse Professionnelle :

Téléphone : --/--/--/--/-- Fax : --/--/--/--/-- Mail :.....@.....

Pour les patients en cours d'hospitalisation :

Date et lieu du début de la prise en charge dans votre structure :

Date de sortie prévue (transfert chez nous) :

Pièces à joindre impérativement

- o Photocopie de l'attestation de la carte vitale mise à jour
- o Photocopie de l'attestation C.S.S ou carte de Mutuelle en cours de validité
- o Photocopie de la Carte d'Identité ou du Passeport
- o Bilan sanguin de moins d'un mois (cf. ordonnance ci-jointe) - **annexe 1**-
- o Dernière ordonnance utilisée à la pharmacie pour la remise des médicaments (avec le tampon de l'officine)
- o En cas d'hébergement chez un tiers ou en structure, veuillez joindre une attestation écrite (Cf. modèle) - **annexe 2** -

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA SYSTEMATIQUEMENT REFUSE

RENSEIGNEMENTS A L'ATTENTION DES MALADES

LA DUREE DE L'HOSPITALISATION : 6 semaines

LES REPAS :

- Le petit déjeuner : 8h00
- La collation (du mardi au vendredi) : 16h30
- Le déjeuner : 12h
- Le dîner : 19h30

LES VISITES : Les visites ont été suspendues pendant toute la période du confinement.

LE TELEPHONE :

Les téléphones portables sont autorisés **sauf pendant les activités.**

LES SORTIES :

Des sorties en groupe encadrées sont organisées sur les jours ouvrés et sont reprises sur votre planning.

Ces sorties vous permettrons de retirer de l'argent à la Poste et d'effectuer des achats au bureau de tabac.

Aucune sortie n'est possible le week-end et les jours fériés.

Seules des démarches ou des rendez-vous justifiés, **présentant un intérêt pour votre prise en charge**, permettrons une sortie individuelle. Aucune nuitée à l'extérieur de la Clinique ne sera accordée.

DIVERS :

Il est souhaitable de ne pas venir avec votre véhicule le jour de l'entrée.

Les parfums, eaux de toilette, bain 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 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). Il est interdit de pendre son linge aux fenêtres.

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

Vous munir de 24 heures de traitement maximum le jour de l'entrée.

I : PARTIE MEDICALE (à remplir uniquement par le médecin)

PATIENT
Nom :
Prénom :
Nom de jeune fille :
Date de naissance :

Suivi(s) actuel(s) :
<input type="radio"/> Par le médecin traitant
<input type="radio"/> Par un CSAPA, à préciser :
<input type="radio"/> Par un CMP, à préciser :
<input type="radio"/> Autre :
<input type="radio"/> Pas de suivi

ANTECEDENTS :

FAMILIAUX :

MEDICO-CHIRURGICAUX :

PSYCHIATRIQUES (suivi et hospitalisation, TA, troubles du comportement, ...) :

ALLERGIES : Oui Non

Si oui, Lesquelles? Précisez :

HISTOIRE DES CONDUITES ADDICTIVES (avec produits: alcool, tabac, cannabis, héroïne, cocaïne, amphétamines, médicaments et/ou sans produit: TCA, Jeux pathologiques...)

Conditions de début, durées, modes de consommation

Prises en charges antérieures avec dates et lieux:

SITUATION MEDICALE ACTUELLE: Taille :

Poids :

Etat général :

AUTONOMIE

o Indépendance complète (hygiène, déplacements,...)

o Supervision :

o Assistance partielle

o Assistance totale :

Commentaires

.....

ELEMENTS CLINIQUES SIGNIFICATIFS (examen clinique)

.....

.....

.....

.....

ETAT PSYCHOLOGIQUE ET COMPORTEMENTAL ACTUEL

Existe-t-il des antécédents de tentatives de suicide ? o Oui o Non

Existe-t-il des idées suicidaires ? o Oui o Non

Existe-t-il des troubles du comportement ? o Oui o Non

Commentaires :
.....

.....

.....

ETAT COGNITIF (joindre les résultats des tests si réalisés)

Existe-t-il des troubles cognitifs ? o Oui o Non

Si oui : o Bilan neuropsychologiques (+ dates)

o MOCA o BEARNI o AUTRE :

.....

En cas de troubles cognitifs, le patient a-t-il conscience de ses troubles ?

o Oui o Non

En cas de troubles cognitifs, le patient adhère-t-il au projet de soins ? o Oui o Non

Commentaires :
.....

.....

EXAMENS COMPLEMENTAIRES REALISES OU EXAMENS EN ATTENTE COMPTES RENDUS À JOINDRE...

TRAITEMENT ACTUEL : (y compris traitements de substitution) + les coordonnées de la pharmacie qui le délivre!

Joindre impérativement au dossier l'ordonnance du traitement en cours !

Date :
Signature, tampon et téléphone du médecin :

II : PARTIE SOCIALE

Identité du patient

NOM :

NOM de jeune fille :

Sexe : M F

Date de naissance :

Adresse : Ville : Code postal :

Téléphone fixe : -- / -- / -- / -- / -- E-mail :@.....

Téléphone portable : -- / -- / -- / -- / --

Situation familiale :

- Marié (e) Concubinage
 Célibataire PACS
 Veuf (Ve) Divorcé (e)
Nombre d'enfants :

Situation professionnelle :

- Emploi Chômage
 Invalidité Retraité
Arrêt de travail si Oui, date de début :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Monsieur Madame

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Ville : Code postal :

E-mail :@.....

Téléphone : -- / -- / -- / -- / --

Médecin traitant : (si différent du médecin demandeur) :

Nom :

Adresse :

.....

Ville :

Code postal :

Téléphone -- / -- / -- / -- / --

Email :@.....

Fax : -- / -- / -- / -- / --

Organisme d'assurance maladie

(joindre obligatoirement une photocopie de l'attestation de sécurité sociale)

Mutuelle de santé complémentaire (joindre obligatoirement une photocopie de la carte recto-verso)

. Avant de nous faire parvenir le dossier, merci de prendre contact avec la mutuelle afin d'obtenir un accord de prise en charge pour les séjours en SSR Addictologie. Sans cette information importante, le dossier ne sera pas examiné.

CODE DMT : 214.

FINESS de l'établissement : 590791109.

Mutuelle contractée le :

Accord de Prise en Charge : Oui Non

Protection juridique si oui :

◆ Tutelle ◆ Curatelle ◆ Curatelle renforcée

NOM :

Adresse :

Tél : -- / -- / -- / -- / --

E-mail :@.....

Référent social si oui :

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : -- / -- / -- / -- / -- Fax : -- / -- / -- / -- / --

E-mail :@.....

Suivi judiciaire si oui :

Actuel :

Passé :

Logement après le séjour :

Logement personnel

Sans domicile

Foyer / Hôtel (joindre l'attestation d'hébergement)

Autre (joindre l'attestation d'hébergement)



ANNEXE 1

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 à jeun (+ HBA1C si diabète)
- Ionogramme sanguin
- Créatinine, clearance créatinine, DFG
- TP
- GAMMA GT
- TGO
- TGP
- Sérologie (VIH, HVB, HVC)
- Dosage des toxiques urinaires (En cas d'antécédents de consommation de toxiques (tels que le cannabis, opiacés, héroïne, amphétamines ...) ou pour les patients avec traitements de substitution actuel ou ancien).

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



ATTESTATION D'HEBERGEMENT

Je soussigné (e) Mme, M.....

Demeurant au

.....

Je m'engage à accueillir à sa sortie d'hospitalisation Mme, M.....

Vous trouverez ci-joint une copie de la carte d'identité.

Fait à :

Le :

Signature :