

☐ Hospitalisation complète
(6 semaines - renouvelable)

☐ Hôpital de Jour
(3X 1 mois – renouvelable)

☐ Troubles Cognitifs Sévères liés aux Addictions
(6 mois – renouvelable)

Cadre réservé au service de SSRA

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

- Photocopie de l'attestation de la carte vitale mise à jour
- Photocopie de l'attestation C.S.S ou carte de Mutuelle en cours de validité
- Photocopie de la Carte d'Identité ou du Passeport
- Bilan sanguin de moins d'un mois (cf. ordonnance ci-jointe) - **annexe 1**-
- Dernière ordonnance utilisée à la pharmacie pour la remise des médicaments (avec le tampon de l'officine)
- 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 et ne pourra excéder 90 jours consécutifs

LES REPAS :

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

LES VISITES :

Tous les jours de 16h à 17h30 – les Week-Ends de 13h30 à 16h30

LE TELEPHONE :

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

LES SORTIES :

Des sorties en groupe à visée thérapeutique toutes les semaines.

Des sorties individuelles pouvant inclure une nuitée sont autorisées en semaine après validation par le Médecin et la Direction.

Seules des démarches ou des rendez-vous justifiés, **présentant un intérêt pour votre prise en charge**, permettrons une sortie individuelle.

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).

Les appareils de type cafetière, bouilloire, plaques de cuisson ne sont pas autorisés.

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

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.

Merci de prévoir votre monnaie.

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

PATIENT

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Suivi(s) actuel(s) :

- ☐ Par le médecin traitant
- ☐ Par un CSAPA, à préciser :
- ☐ Par un CMP, à préciser :
- ☐ Autre :
- ☐ 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

Type de produits consommés et dernières quantités :

Prises en charges antérieures avec dates et lieux:

SITUATION MEDICALE ACTUELLE: Taille : Poids : Etat général :

AUTONOMIE

- ☐ Indépendance complète (hygiène, déplacements, ,...)
- ☐ Supervision :
- ☐ Assistance partielle
- ☐ Assistance totale :

Commentaires

ELEMENTS CLINIQUES SIGNIFICATIFS (examen clinique)

ETAT PSYCHOLOGIQUE ET COMPORTEMENTAL ACTUEL

Existe-t-il des antécédents de tentatives de suicide ? ☐ Oui ☐ Non
Existe-t-il des idées suicidaires ? ☐ Oui ☐ Non
Existe-t-il des troubles du comportement ? ☐ Oui ☐ Non

Lesquels :

Patient stabilisé ☐ Oui ☐ Non

ETAT COGNITIF (joindre les résultats des tests si réalisés)

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

Si oui : ☐ Bilan neuropsychologiques (+ dates)

☐ MOCA ☐ BEARNI ☐ AUTRE :

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

☐ Oui ☐ Non

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

Merci de joindre 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 : -- / -- / -- / -- / --

Protection juridique si oui :

♦ Tutelle ♦ Curatelle ♦ Curatelle renforcée

NOM :

Adresse :

Tél : -- / -- / -- / -- / --

E-mail :@.....

Organisme d'assurance maladie

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

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

☐ 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).
- Imagerie cérébrale (TCSLA)

Veuillez 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 :