

SERVICE de SOINS de SUITE et de READAPTATION en ADDICTOLOGIE

Secrétariat : 02.31.87.73.13

Fax : 02.31.87.73.12

DOSSIER D'ADMISSION



PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER

- Photocopie de l'attestation de la carte vitale mise à jour
- Photocopie de l'attestation C.M.U.C. ou carte de Mutuelle en cours de validité
- Photocopie de la Carte d'Identité R/V ou du Passeport
- Lettre de motivation du patient
- Photocopie des examens médicaux complémentaires
- En cas d'hébergement chez un tiers ou en structure, veuillez joindre une attestation écrite

Cadre réservé au service SSR Addictologie de la Polyclinique de Deauville

Date de réception : / /

Date d'admission : / /

Référent :

LOGEMENT

Propriétaire Locataire Hébergé Foyer Sans domicile fixe Autres

Intervenants à domicile :

Démarches en cours : (Si pas de domicile pour la sortie, quelles sont les démarches qui ont été engagées pour un logement et/ou un hébergement) :

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

SITUATION FINANCIERE

Ressources : Aucune Salaire Allocation chômage RSA Indemnités journalières
 Invalidité Retraite AAH Autres :

N° d'Allocataire:

Dettes : Oui Non Dossier de surendettement : Oui Non En cours

SUIVI SOCIAL

Un Suivi social a-t-il été engagé : Oui Non Si oui lequel :

Problèmes judiciaires : oui non suivi judiciaire SPIP obligation de soin

VOLET ADMINISTRATIF

COUVERTURE SOCIALE

Numéro SS :

Nom du Régime Obligatoire :

CMU : oui non

Adresse de la caisse :

ALD: oui non

Séjour en lien avec ALD : oui non

Mutuelle :

CMU complémentaire: oui non

Si le patient n'est pas l'assuré(e) :

NOM de l'assuré(e) :

Numéro SS :

Pour le patient :

Souhaitez-vous une chambre particulière ?

oui non

Prise en charge :

Forfait journalier: oui non

Supplément chambre seule: oui non

PERSONNE A PREVENIRE EN CAS D'URGENCE

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....
.....

Lien de parenté :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Fait le :

Signature de la personne à prévenir (Obligatoire)

PERSONNE DE CONFIANCE

Je souhaite nommer une personne de confiance

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....
.....

Lien de parenté :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Fait le :

Signature de la personne de confiance (Obligatoire)

Je ne souhaite pas nommer une personne de confiance

DIRECTIVES ANTICIPEES

Toute personne peut se prémunir contre son incapacité en laissant des instructions sur les décisions à prendre concernant sa santé, pour le jour où elle ne pourra plus exprimer sa volonté. Si vous êtes en état d'exprimer votre volonté mais en incapacité d'écrire, vous pouvez faire rédiger le document par un tiers et demander à 2 témoins, dont la personne de confiance, d'attester que cet écrit est l'expression de votre volonté

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....
Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Directives anticipées faites le :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

PROJET THERAPEUTIQUE PENDANT L'HOSPITALISATION

MOTIF DE LA DEMANDE

.....
.....

SITUATION ACTUELLE

Abstinence depuis le : réduction consommation active

Sevrage récent Sevrage en cours Sevrage prévu le :

Sevrage réalisé : En ambulatoire : depuis le : //..... Hospitalisation actuelle : du / /..... au / /

OBJECTIFS SECONDAIRES concernant le séjour dans notre établissement

Objectifs secondaires	<input checked="" type="checkbox"/>	Commentaires
Post cure de sevrage d'autres produits		
Séjour de rupture		
Réadaptation physique		
Surveillance médicale de comorbidité		
Reinsertion sociale		
Education thérapeutique maladie		
Motivation au suivi psychologique		

HISTORIQUE DES CONSOMMATIONS

PRODUITS	Usage problématique			Ancienneté de la dépendance	Période d'abstinence	Commentaires
	Passé	Actuel	Démarche de changement			
Alcool						
Cannabis						
Tabac						
Opiacé(s)						
Cocaïne						
TCA						
Benzodiazépine(s)						
Autres :						
Addiction sans produit :						

Cocher la case correspondante.

HISTORIQUE DES SOINS

Nombre de cures :

Nombre de postcures antérieures :

Dates des hospitalisations en addictologie	Durée	Lieux

DOMMAGES liés à l'addiction

Familiaux	
Sociaux	
Professionnels	
Légaux	
Psychiatriques	
Somatiques	

AUTRES ANTECEDENTS

Médicaux :

Allergiques :

Chirurgicaux :

Psychiatriques :

Passages à l'acte :

Hospitalisation(s) sous contraintes :

Trouble de personnalité :

Trouble de l'humeur :

DONNEES ACTUELLES DU PATIENT

ETAT ACTUEL

Poids : Taille : ou IMC :

Somatique :

Statut infectieux :Etat cutané :

Psychique :

Aptitude physique aux activités sportives : Oui Non, motifs:

BILAN D'AUTONOMIE

	Fait	Ne fait pas seul	Avec aide
Hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NON	OUI
Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désorientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Bonne	Altérée	Déficiente
Acuité visuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acuité auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appareillage (moteur ou sensoriel) :

TRAITEMENT

Les patients doivent impérativement venir avec 24h de traitement en avance

-
-
-
-

Ou joindre l'ordonnance actuelle

Régime alimentaire (désodé, diabétique, mixé, sans porc, sans viande, etc.) :

PROJET DESORTIE

Projet de continuité des soins en hospitalisation (CTR / autre) ? :

Suivi ambulatoire : Quels professionnels /structures assureront le suivi à la sortie ?










.....

Eventuels rendez-vous pris :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

RENSEIGNEMENTS SUR MES CONDUITES ADDICTIVES

Pour chaque conduite potentiellement addictive, estimez votre degré de dépendance en plaçant une croix sur l'échelle de graduation.

	Pas de dépendance	Forte dépendance
Alcool		
Tabac		
Cannabis		
Opiacé(s)		
Cocaïne		
Benzodiazépine(s)		
Autres :.....		
Autres :.....		
Autres :.....		

Décrivez votre mode de consommation récent pour chaque produit ou conduite dont vous avez un usage, même « normal » (quantité, fréquence, contexte, rythme... ?)

Produit/conduite	Description de son usage	Mon objectif

MES MOTIVATIONS

Pourquoi avez-vous décidé d'entamer cette prise en charge / quels problèmes en lien avec vos consommations de substances vous poussent à changer ?

Où en êtes-vous actuellement et quelles démarches avez-vous déjà engagées concernant votre addiction ?

Quel est votre objectif concernant vos consommations de substances ?

Que souhaitez-vous travailler durant cette hospitalisation et comment (concernant l'addiction et les autres problématiques) ?

ENGAGEMENT THERAPEUTIQUE

Durant votre séjour, vous vous engagez à ne consommer aucune substance psychoactive et à être abstinente de toute conduite addictive, hormis le tabac et les médicaments qui vous sont délivrés à l'infirmerie, prescrits par votre médecin référent, y compris lors de vos permissions, quelle que soit l'addiction pour laquelle vous réalisez ce soin. Vous vous engagez à vous abstenir d'introduire une de ces substances, pour vous-même ou pour autrui.

Vos affaires personnelles seront vérifiées à votre entrée en votre présence en toute bienveillance et éventuellement durant votre séjour.

Vous vous engagez à respecter le cadre de l'établissement, le règlement intérieur, et à vous investir le mieux possible dans tous les ateliers thérapeutiques.

Afin de pouvoir profiter au mieux des soins dispensés, vous vous engagez à arriver sevré de toute substance psychoactive avec une recherche urinaire négative, en dehors des traitements qui vous sont prescrits.

Le :

Nom du patient :

Signature

POUR NOUS RETOURNER VOTRE DOSSIER :

- **Par fax (SSR Addictologie) : 02.31.87.73.12**
- **Par mail : Secrétariat : secretariat.ssr@crfdeauville.com
Cadre de Santé : cadre.addicto@cliniquedeauville.com**

AVERTISSEMENT

**AVANT TOUTE DEMANDE
D'ADMISSION AU SSRA, VEUILLEZ VOUS
ASSURER AUPRÈS DE VOTRE MUTUELLE
DE LA PRISE EN CHARGE EFFECTIVE DES
SEJOURS EN SSR SOUS CODE :**

DMT 214