

## **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 : .....

Nombres de postcures antérieures : .....

Dates des hospitalisations en addictologie	Durée	Lieux

## DOMMAGES liés à l'addiction

<b>Familiaux</b>	
<b>Sociaux</b>	
<b>Professionnels</b>	
<b>Légaux</b>	
<b>Psychiatriques</b>	
<b>Somatiques</b>	

## AUTRES ANTECEDENTS

**Médicaux** :

**Allergiques** :

**Chirurgicaux** :

**Psychiatriques** :

Passages à l'acte :

Hospitalisation(s) sous contraintes :

Trouble de personnalité :

Trouble de l'humeur :



## 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
<b>Alcool</b>		
<b>Tabac</b>		
<b>Cannabis</b>		
<b>Opiacé(s)</b>		
<b>Cocaïne</b>		
<b>Benzodiazépine(s)</b>		
<b>Autres :.....</b>		
<b>Autres :.....</b>		
<b>Autres :.....</b>		

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](mailto:secretariat.ssr@crfdeauville.com)**  
**Cadre de Santé : [cadre.addicto@cliniquedeauville.com](mailto: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**