

Unité de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (SSRA)

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Dossier constitué de 3 parties :

- Une partie administrative et sociale
- Une partie médico-psychologique
- Une lettre de motivation.

Veillez remplir le dossier d'admission en y joignant obligatoirement :

- Une copie de la pièce d'identité
- Une copie de l'attestation de sécurité sociale
- Une copie de la carte de mutuelle
- Un justificatif de domicile de moins de 3 mois ou une attestation d'hébergement
- Le ou les CRH en addictologie et/ou psychiatrie avec ordonnances

Le dossier ne peut être étudié que COMPLET

La prise en charge thérapeutique en SSRA s'adresse à des patients présentant une addiction résistante et sévère à un ou plusieurs produit(s) (alcool, cannabis, médicaments type benzodiazépines, antalgiques, opiacés avec substitution), accompagnée ou non de comorbidités psychiatriques ou somatiques non évolutives.

Le patient doit être sevré, motivé autour d'un projet thérapeutique et ne présentant pas de troubles neuropsychologiques importants (syndrome de Korsakoff...)

Indications :

La date d'admission sera fixée à la suite :

- De l'étude du dossier d'admission par la commission médico-psycho-sociale
- De l'étude de la totalité des CRH en addictologie et/ou psychiatrie
- Puis d'une consultation médicale de pré-admission, dont la date vous sera communiquée dès l'acceptation du dossier.

Date d'entrée souhaitée le :/...../.....

Dossier à envoyer par mail à :

us.ssraddictologie@ch4v.fr avec copie au Docteur PREVOST : c.prevost@ch4v.fr

Ou par fax au :

**Centre Hospitalier des Quatre Villes
Service de SSR Addictologique
01.77.70.79.35**

I – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX :

I. ETAT CIVIL

Nom et prénom :
Sexe :
Date et lieu de naissance :
Nationalité :
Téléphone :

II. SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié/Pacsé En concubinage Divorcé Séparé Veuf

Nombre d'enfant(s) : Dont à charge :

Mesure administrative ou judiciaire concernant les enfants : non oui

Coordonnées du référent (le cas échéant) :
.....

III. SITUATION FINANCIERE

Salarié(e) - Coordonnées de l'employeur :
.....
 Allocation Adulte Handicapé
 Pension d'invalidité (préciser la catégorie) :
 ARE
 ASS
 RSA
 Pension de retraite
 Autre (préciser) :

IV. LOGEMENT (pour les personnes sans logement, joindre obligatoirement un certificat d'hébergement pour la sortie)

Locataire Propriétaire Hébergé chez un tiers En structure d'hébergement SDF

Adresse complète :
.....
.....



V. SECURITE SOCIALE ET MUTUELLE

- **Organisme de sécurité sociale** (Joindre l'attestation de la carte vitale)

N° immatriculation :

Adresse et Tél de la caisse :

.....

A.L.D

- **Organisme de mutuelle** (Joindre une copie de la carte de mutuelle)

N° de contrat :

Nom et coordonnées (adresse et téléphone) :

.....

.....

Complémentaire santé solidaire : date de fin de début et de fin de validité :

.....

FICHE SOCIALE

Service social ayant accompagné la demande de SSR-A :

Intitulé du service :

.....

Nom du travailleur social :

Adresse :

.....

Tél :

Mail :

Fax :

- **Mesure de protection**

Tutelle

Curatelle simple

Curatelle renforcée

Sauvegarde de justice

Habilitation judiciaire pour représentation du conjoint

Habilitation Familiale

Mandat de protection future

Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP)

Mesure d'Accompagnement Judiciaire (MAJ)

Date de début et de fin de la mesure :

.....

Nom et prénom du mandataire :

Adresse :

.....

Tél :

Mail :

Fax :

- **Antécédents judiciaires**

Non Oui (préciser lesquels et le contexte)

.....

.....

.....

.....

Suivi judiciaire : Non Oui préciser le type de suivi :

.....

Nom du référent :

Nom du service :

Adresse :

.....

Tél :

Mail :

Fax :

- **Démarches et projets en cours** (Administratif, financier, professionnel, logement, familial...) prenez soin de définir l'objectif des démarches en cours

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- **Projets après l'hospitalisation en SSR-A**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



- **Informations ou coordonnées complémentaires**

.....

.....

.....

.....

.....



II - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET PSYCHOLOGIQUES

PATIENT

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

COORDONNEES DU MEDECIN PRESCRIPTEUR DE SSRA :

Nom du médecin : Spécialité :

Etablissement :

Adresse :

.....

Tél :

Mail :

Fax :

ANTECEDENTS ADDICTOLOGIQUES ET HOSPITALISATIONS :

- Histoire de la maladie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Antécédents de prises en charge :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ANTECEDENTS SOMATIQUES : (joindre les comptes-rendus et courriers à votre disposition)

- Médicaux :
.....
.....
.....
.....
.....

- Chirurgicaux :
.....
.....
.....
.....
.....

- Allergiques :
.....
.....
.....
.....
.....

- Pathologies, traitements, hospitalisations :
.....
.....
.....
.....
.....

- Tentatives de suicide : (détailler les dates, circonstances et méthodes)
.....
.....
.....
.....
.....

- Antécédents de comportement violent :
 Non Oui (préciser)



.....
ETAT CLINIQUE ACTUEL :

- Etat psychologique et psychiatrique :

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

- Etat somatique : (joindre les comptes-rendus et courriers nécessaires)

Poids : Taille : IMC :
TA : Pouls :

- Appareil cardio-vasculaire :

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

- Appareil digestif :

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

- Appareil neurologique :

- Antécédents de crise comitiale : Non Oui
- Autre atteinte neurologique :

.....
.....



- Autres éléments : (comptes-rendus d'IRM cérébrale, de scanner cérébral, d'électromyogramme) :

.....

- Appareil respiratoire :

.....

- Appareil locomoteur :

.....

- Myopathie éthylo-carentielle : Non Oui

Autre :

.....

- Appareil génito-urinaire, gynécologique, endocrinien :

.....

- Autres :(état dentaire, organe des sens...)

.....

- Bilan biologique : (joindre une copie du dernier bilan)

.....

- Traitement actuel et habituel : (joindre une copie de la dernière ordonnance)

.....



- Suivi médical :

Nom du médecin :

Etablissement :

Adresse :

.....

Tél :

Mail :

Fax :



Engagement de reprise du patient

Je soussigné(e), Docteur

Exerçant (nom et adresse de la structure)

.....

m'engage, par la présente, a réadmettre dans mon service le (la) patient(e),

Monsieur, Madame,

Né(e), le

Pour lequel (laquelle) j'ai fait une demande de SSR dans votre établissement, dans le cas où une inadéquation à la situation médicale, physique, psychique ou sociale nécessiterait son retour dans notre service.

Fait à le



PROJET THERAPEUTIQUE PERSONNALISE :

Votre patient va bénéficier d'une prise en charge individualisée telle qu'elle sera explicitée dans le contrat thérapeutique établi avec lui/elle lors de l'entretien de préadmission.

Le processus thérapeutique qui lui sera proposé implique son engagement dans des groupes de travail thérapeutique ainsi que des entretiens individuels. Son objectif est l'appropriation de l'abstinence, la prévention des rechutes et des complications liées aux consommations, l'ajustement des thérapeutiques médicamenteuses, l'amélioration de la qualité de vie familiale et conjugale.

Votre collaboration nous permettra de définir les soins les plus adaptés :

• Prise en charge des co-addictions :

- Tabac
- Médicaments
- Drogues illicites
- Dépendances sans produit

• Approfondissement de la prise en charge individuelle :

- Somatique
- Diététique
- Psychologique
- Psychiatrique
- Sociale
- Familiale

• Autres prise en charge (à préciser) :

.....

.....

.....

.....

Fait à le

Cachet du médecin

Signature



Attestation d'hébergement

L'attestation d'hébergement est nécessaire à toute personne hébergée lorsqu'elle ne dispose pas de justificatifs de domicile à son nom.

Je soussigné(e) :

Mr Mme Mlle

Nom de naissance :

Nom d'usage.....

Prénoms :

Né(e) le : à pays

Demeurant à :
.....
.....

Certifie sur l'honneur héberger :

Mr Mme Mlle

Nom de naissance :

Nom d'usage.....

Prénoms :

Né(e) le : à pays

Et m'engage à l'héberger à sa sortie d'hospitalisation

Au logement situé :

.....
.....

Relation avec la personne hébergée :

Conjoint/concubin/partenaire

Père/mère

Autre (précisez)

Fait à Le.....

Signature de l'hébergeur

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Afin de faciliter la constitution de votre dossier d'admission au sein de notre établissement, il vous appartient de connaître la nature des remboursements accordés par votre mutuelle. En effet, celle-ci peut refuser la prise en charge pour des soins en addictologie. Il vous faut donc connaître les conditions particulières de votre contrat (si vous en possédez un) sachant que certaines prestations peuvent rester à votre charge.

LE FORFAIT JOURNALIER à votre charge est de 20 euros par journée d'hospitalisation complète. Il est pris en charge par la complémentaire santé solidaire si la date de validité correspond à la date du séjour. Il peut également être pris en charge par votre complémentaire santé selon les modalités de votre contrat.

Si vous bénéficiez d'une mutuelle, votre participation sera en fonction du tarif et du nombre de jours accordés par votre organisme complémentaire. A noter que la complémentaire santé solidaire ne couvre jamais le supplément pour la chambre individuelle.

Si vous êtes titulaire d'une ALD 100% (Affection Longue Durée), l'assurance maladie prend en charge l'intégralité de vos frais d'hospitalisation. Cette prise en charge ne concerne pas les frais annexes (forfait journalier et confort).

Votre contrat de mutuelle prévoit-il la prise en charge du code **DMT 187** (rééducation fonctionnelle et réadaptation) : OUI NON

Montant de la prise en charge du forfait journalier :

Nombre de jours restants pour la prise en charge du forfait journalier :

Les personnes qui désirent une chambre particulière ont à leur charge un supplément (éventuellement pris en charge par la mutuelle) de 60€ / jour

Je sollicite une chambre individuelle qui sera réglée par : Ma mutuelle Moi-même

Je sollicite une chambre double prise en charge par la sécurité sociale

Je soussigné(e), Madame, Monsieur
m'engage, dans le cas où ma mutuelle ne les prendrait pas en compte, à régler le montant du forfait journalier et/ou Ticket modérateur et/ou supplément chambre particulière pour toute la durée de mon séjour.

Date

Signature