



Unité de Soins Médicaux et de Réadaptation en Addictologie (SMRA)

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Centre Hospitalier des Quatre Villes

Service de SMR Addictologique

Tél : 01.77.70.79.52 ou mail : sec.ssraddictologie@ch4v.fr

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 et stabilisées.

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

Nom de naissance / nom d'usage / prénom :

Date de naissance :

Dossier constitué de 2 parties :

- Une partie PATIENT administrative et sociale
- Une partie SOIGNANT et MEDICAL médico-socio-psychologique

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
(Cf. page 6 du dossier)
- Le ou les CRH en addictologie et/ou psychiatrie avec ordonnances

Si besoin une consultation de préadmission sera effectuée après réception du dossier COMPLET.

Le dossier ne peut être étudié que COMPLET

La date d'entrée éventuelle vous sera communiquée dès l'acceptation du dossier.

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



DOSSIER PATIENT

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX

I. ETAT CIVIL ET SANITAIRE

Adresse du patient : (joindre attestation de domicile)

Locataire Propriétaire Hébergé En structure d'hébergement Sans domicile fixe

Téléphone :mail :

Numéro de sécurité sociale : (joindre photocopie CV ou attestation) _ _ _ _ _

Organisme de mutuelle (joindre attestation) :

II. SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié/Pacsé En concubinage Divorcé Séparé Veuf

Nombre d'enfant(s) / âges : Dont à charge :

III. SITUATION Professionnelle

En activité : Profession : Arrêt de travail depuis :

Sans activité : Retraité : oui/non

IV. RESSOURCES financières

Salaire Indemnités journalières RSA Pension invalidité AAH

Autre (ARE / ASS / AAH /pension retraite) :

V. MESURE DE PROTECTION

NON OUI, type de la mesure (MASP / MAJ, curatelle simple ou renforcée, tutelle...) :

VI. SITUATION JUDICIAIRE Suivi SPIP

Acceptez-vous que l'on communique des informations (vous concernant) à votre médecin traitant ou médecin adresseur ? OUI NON

Si vous souhaitez désigner une personne de confiance, le mandat de la personne de confiance sera à remplir il sera intégré à votre dossier Patient dès votre entrée en hospitalisation



Il nous semble important que vous nous présentiez votre maladie addictive et vos projets dans le tableau ci-dessous, en cochant les cases pour chaque produit :

Substances	Usage passé	Usage actuel	Usage problématique	Souhait de changement (OUI/NON)	Objectif de changement (Réduire / Arrêter / Je ne sais pas)
Alcool					
Cannabis					
Tabac					
Cocaine Crack					
Benzodiazépines / Médicaments					
Héroïne / Opiacés					
Amphétamines et autres produits (MDMA / LSD / cathinones / 3MMC / GHB					
Autres :					

Ma maladie addictive actuelle et passée : cochez les cases pour chaque activité suivante :

comportements	comportement passé	comportement actuel	comportement problématique	Souhait de changement (OUI/NON)	Objectif de changement (Réduire / Arrêter / Je ne sais pas)
Jeux / écran					
Alimentation					
Travail					
sexualité Affectivité					
Autres :					

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 de votre prise en charge par votre mutuelle et vos remboursements.

LE FORFAIT JOURNALIER 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 de mutuelle. A défaut, vous devrez le régler à l'issue de votre séjour.

Si vous bénéficiez d'une mutuelle, votre participation sera 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 en lien avec votre pathologie. Cette prise en charge ne concerne pas les frais annexes (forfait journalier).

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 :

La chambre individuelle (60€ / jour) peut être prise en charge par votre mutuelle (cf contrat mutuelle) à défaut elle devra être réglée par vous à la fin de votre séjour.

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

Je souhaite 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



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) :

M. Me Mlle

Non de naissance :

Nom d'usage.....

Relation avec la personne hébergée :

Certifie sur l'honneur héberger :

M. Me Mlle

Nom de naissance :

Nom d'usage.....

Né(e) le : à pays

**Et m'engage à l'héberger à sa sortie d'hospitalisation à mon domicile ou un logement dédié
situé :.....
.....**

Fait à Le.....

Signature de l'hébergeur



Les règles et les devoirs

Nous vous proposons cette hospitalisation, comme un moment privilégié dans votre parcours vis-à-vis de la maladie addictive. Afin que votre séjour se déroule dans de bonnes conditions et dans un climat de confiance réciproque, nous tenons à vous informer des conditions préalables requises durant toute la durée de votre séjour.

La participation active dans vos soins vous sera bénéfique. Il vous a été demandé de participer aux soins thérapeutiques individuels et de groupes ainsi que de respecter les horaires. Si l'équipe médicale détermine que votre état de santé nécessite un accompagnement particulier aux ateliers, cela sera organisé.

La vie en groupe nécessite le respect de chacun et de l'équipe soignante. Votre comportement et votre tenue doivent être correctes dans les lieux partagés. Merci à vous d'apporter une tenue de sport.

Les temps de repas sont collectifs le midi et le soir (de 12h30 à 13h15 et de 18h30 à 19h15), le petit déjeuner est servi en chambre à 7h45. Votre participation aux actes de la vie courante (faire son lit, ramener son plateau repas, avoir une chambre propre et bien rangée etc.) est requise.

Un espace fumeur est accessible de 6h30 à 22h. **Le vapotage et le tabagisme dans les locaux à l'intérieur de l'hôpital sont interdits.** Evitez de circuler dans les autres services de l'hôpital. Afin de ne pas gêner le sommeil des autres (liés à la musique, l'utilisation des douches, etc.) **la présence dans votre chambre est souhaitée à partir de 22h.**

En ce qui concerne les sorties du service en permissions, elles seront autorisées, à partir du 2^{ème} weekend d'hospitalisation et s'effectuent progressivement du vendredi au dimanche. La durée sera inférieure à 48h. Votre demande sera discutée avec l'équipe. Elle sera validée par le médecin avant le jeudi midi puis par la direction de l'hôpital. Merci de respecter les horaires des permissions de sortie. Le service reste joignable et à votre disposition durant les temps de permission.

Voici les règles à respecter :

- Respect de la collectivité avec un comportement approprié.
- Ne pas introduire, ni consommer, ni faire commerce dans l'établissement de produits psycho actifs (alcool, drogues, médicaments non prescrits...). Les surveillances toxicologiques font parties des soins. Merci de ne pas s'opposer à la réalisation d'un éthylo-test / d'une alcoolémie ou d'un prélèvement urinaire à tout moment de votre séjour.
- Présenter vos effets personnels à chaque retour dans le service. Vous vous engagez également à remettre à votre entrée vos médicaments personnels (si vous en avez) ainsi que certains objets coupants, tranchants ou contondants. Les armes sont interdites (bombe lacrymogène, poing américain, armes blanches, armes à feu etc.) ;



- Concernant les visites, demander à vos visiteurs de se signaler auprès de l'équipe soignante dans les horaires autorisés (13h-20h). Merci de ne pas recevoir de visiteurs ayant consommé des toxiques.

Le non-respect de l'une ou l'autre de ces recommandations peut entraîner l'interruption de votre séjour. En cas de difficultés ou d'interrogations, n'hésitez pas à faire appel au personnel du service.

L'équipe soignante est certaine que vous comprenez l'intérêt de ces recommandations, et vous souhaite un séjour bénéfique.

Je soussigné (e)..... avoir lu les conditions d'hospitalisation et m'engage à les respecter.

Date :

Signature du patient :



DOSSIER MEDICO-SOIGNANT

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET PSYCHOLOGIQUES

MERCI de nous joindre les comptes rendus des 6 derniers mois et courriers à votre disposition qui vous semblerait utile, merci de joindre une copie du dernier bilan, avec bilan sérologique.

PATIENT

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

COORDONNEES DU MEDECIN PRESCRIPTEUR DE SMRA :

Nom du médecin prescripteur du SSRA :

Spécialité :

Etablissement :

Adresse :

Tél :

Mail.....Fax.....

SUIVI spécialisé en addictologie OUI NON

SUIVI spécialisé en psychologie / psychiatrie OUI NON

COORDONNEES DU MEDECIN REFERENT du suivi du patient

Nom du médecin :

Spécialité :

Etablissement :

Adresse :

Tél :

Mail

Fax :

Nous vous remercions de nous transmettre des coordonnées que l'on peut contacter rapidement pour traiter votre demande



ANTECEDENTS ADDICTOLOGIQUES ET HOSPITALISATIONS :

- Histoire de la maladie :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Antécédents de prises en charge addictologique ou psychiatrique : (Suivi / Hospitalisations
sevrage / SSR / CTR ou communauté thérapeutique)

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

ANTECEDENTS SOMATIQUES :

- 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 :

Somatique STABILISE : Non Oui

Psychiatrique STABILISE : Non Oui

- 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 :

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

Dates des dernières vaccinations :

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

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



PROJET THERAPEUTIQUE PERSONNALISE :

Votre patient va bénéficier d'une prise en charge individualisée qui sera formalisée dans le projet thérapeutique élaboré avec lui **lors de son admission.**

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 :

Soins durant le SMRA :

- Compréhension et information du processus addictologique, travail motivationnel**
- Travail de prévention de la rechute**
- Prévention et stabilisation des comorbidités somatiques**
- Prévention et stabilisation des comorbidités psychiatriques**
- Evaluation neurocognitive**
- Evaluation et travail d'accompagnement social**
- Evaluation et travail d'accompagnement familial**
- Prise en charge des co-addictions. Si oui lesquelles :**
- Autres :**

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

Administratif et objectifs :
Financier et objectifs :
Professionnel et objectifs :
Familial et objectifs :
Logement et objectifs :

Projets après l'hospitalisation en SMR-A

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

Fait à le



Cachet du médecin

Signature

Engagement de reprise du patient

Je soussigné(e), Docteur

Exerçant (nom et adresse de la structure)

m'engage, par la présente, à réadmettre dans mon service le (la) patient(e) et/ou à poursuivre la prise en charge en externe

Monsieur, Madame,

Né(e), le

Pour lequel (laquelle) j'ai fait une demande de SMR 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