

DOSSIER D'ADMISSION SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION EN ADDICTOLOGIE

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : __ / __ / ____



E.P.S.M MARNE
1, CHEMIN DE BOUY – BP 70555
51022 CHALONS EN CHAMPAGNE
CEDEX



Madame, Monsieur,

Vous avez choisi de consolider vos soins en addictologie dans notre établissement par un programme thérapeutique de 6 à 12 semaines.

Pour mieux vous connaître et organiser votre arrivée dans les meilleures conditions, nous vous demandons de bien vouloir nous faire parvenir :

- une lettre de motivation,
- une copie de votre pièce d'identité recto-verso,
- une copie de l'attestation de sécurité sociale ou autre,
- une copie de l'attestation mutuelle (ou attestation CMU),

Vous trouverez, joint à ce courrier, un dossier d'admission à faire compléter par votre médecin traitant ou votre équipe de soins en addictologie.

Ce dossier d'admission est à nous retourner dans les meilleurs délais.

Si vous habitez à moins de 150 km, nous vous proposerons dès réception de votre dossier de venir une journée dans la structure pour réaliser votre pré-admission.

Nous restons à votre disposition pour tout complément d'information.

L'équipe du SSR-A

Le SSR-A « les Catalaunes » dispose d'un système d'information médicale destiné à faciliter la gestion de votre dossier médical et administratif et à réaliser, le cas échéant, des travaux statistiques à usage du service.
Le système d'Information médicale est commun avec l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne.
Les informations recueillies lors de votre consultation ou de votre hospitalisation, feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un traitement informatique.
Ces informations sont réservées à l'équipe de soins du SSR-A qui vous suit ainsi que pour les seules données administratives, au service des admissions et de facturation.
Vous pouvez obtenir communication des données vous concernant * en vous adressant au Directeur de l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne.

** Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés*

DOSSIER ADMINISTRATIF

Le patient

NOM :

Prénom :

NOM de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Tél. :

Mail :

Personne de confiance

lien de parenté :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Tél. :

Mail :

Personne à contacter en cas d'urgence (si différente de la personne de confiance)

NOM :

Prénom :

Adresse :

Tél. :

Mail :

Organisme d'assurance maladie délivrant la prise en charge

(Joindre une photocopie de l'attestation actualisée des droits de l'organisme d'affiliation et se munir de la carte vitale le jour de l'admission)

Intitulé :

Adresse :

Tél. :

Nom de l'assuré :

N° d'immatriculation :

Couverture maladie

Bénéficiez-vous d'une CMU ou d'une AME

OUI date de fin :

NON

Bénéficiez-vous d'une ALD?

OUI date de fin :

NON

Complémentaire santé

(Joindre une photocopie de la carte ou attestation adhérent mise à jour)

CMUC : OUI NON date de fin :

Intitulé :

Adresse :

Tél. :

Nom de l'assuré :

N° d'immatriculation :

N° d'adhérent :

DOSSIER SOCIAL

Le patient

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Service social ayant effectué avec le patient la demande de soins de suite

Nom du service social :

Nom de l'interlocuteur :

Adresse :

Tél. :

Mail :

Protection juridique

Capable majeur

Tutelle*

Curatelle*

Curatelle renforcée*

*Nom du mandataire judiciaire :

Adresse :

Tél. :

Mail :

Suivi social et/ou éducatif :

Nom :

Adresse :

Tél. :

Mail :

Situation familiale

Marié

Célibataire

Pacs

Concubinage

Veuf (e)

Divorcé (e)

Séparé

Nombre d'enfants :

Autres personnes à charge :

Climat des relations familiales :

Emploi/Formation

Niveau d'étude :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> sans | <input type="checkbox"/> niveau BAC +2 |
| <input type="checkbox"/> niveau brevet des collèges | <input type="checkbox"/> niveau au-delà de BAC+2 |
| <input type="checkbox"/> niveau CAP, BEP | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> niveau BAC | |

Emploi :

Emploi actuel :

Date du dernier emploi :

Ressources actuelles

- | | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Aucune ressource | |
| <input type="checkbox"/> Salaire | |
| <input type="checkbox"/> Allocation Chômage | |
| <input type="checkbox"/> RSA | |
| <input type="checkbox"/> Indemnités Journalières | |
| <input type="checkbox"/> Invalidité | catégorie : |
| <input type="checkbox"/> Retraite | |
| <input type="checkbox"/> AAH | |
| <input type="checkbox"/> Autre | |

Situation financière

- | | | | |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Dettes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Dossier de surendettement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> En cours |

Situation judiciaire

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Suivi actuel | <input type="checkbox"/> Suivi passé |

Exposez brièvement :

Le patient est-il soumis à des contraintes particulières au niveau de la justice ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Si oui, lesquelles ?

Nom du conseiller de probation et d'insertion :

Adresse:

Tél. :

Hébergement

- Propriétaire Locataire Sans domicile fixe Hébergé (e) Autre

Si pas de domicile fixe ou personnel, quelles démarches ont été engagées pour un logement et/ou un hébergement à la sortie :

Lieu d'hébergement durant les week-ends thérapeutiques :

- Domicile
 Autre (précisez) :

NB : Le SSRA étant fermé le week-end tous les 15 jours, il est nécessaire qu'une solution d'hébergement valide durant ces week-ends soit recherchée au préalable.

ATTENTION

- ✓ Si vous êtes **sans domicile fixe**, entamez des démarches avant votre entrée en SSR-A pour un logement ou un hébergement à la sortie. Il sera plus difficile de les effectuer une fois hospitalisé. Aucun accompagnement pour des recherches de logement ne sera proposé durant votre séjour.
- ✓ Vérifiez que votre mutuelle complémentaire **prend en charge** la totalité de votre séjour. Pour information le ticket modérateur est de 64,80 euros par jour et le forfait journalier de 18 euros.
- ✓ Si vous souhaitez que **vos trajets** soient remboursés, demandez une prescription médicale de transport au médecin qui vous a orienté vers le SSR. S'il s'agit d'un transport de plus de 150km, une demande d'accord préalable auprès de votre caisse de sécurité sociale sera nécessaire.

DOSSIER MEDICAL

REPLI LE :

Par le Docteur :

Tél :

Adresse :

Mail :

MEDECIN TRAITANT DU PATIENT :

NOM :

Prénom :

Tél :

Adresse :

Mail :

PATIENT :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

IMC :

Vaccinations à jour :

Oui

Non

En raison des activités proposées la vaccination antitétanique est obligatoire.

HISTOIRE DE LA MALADIE ADDICTIVE et produits consommés :

PARCOURS de SOINS ADDICTOLOGIQUE : (suivi ambulatoire, sevrage, SSR, participation association néphaliste...)

Motivation apparente : Forte Moyenne Faible

ANTECEDENTS :

(Si possible, préciser les dates des affections ou l'ancienneté des troubles)

Médicaux :

Chirurgicaux :

Gynécologiques et obstétricaux :

Familiaux :

Psychiatriques :

Allergies ou contre-indications médicamenteuses :

ETAT CLINIQUE ACTUEL

(Si possible, joindre les comptes-rendus d'examens complémentaires, bilans, consultation qui vous semblent utiles à la prise en charge de votre patient.)

Physique, en particulier autonomie et mobilité.

(Le programme d'activité physique même s'il est adapté nécessite une certaine aisance corporelle).

Psychique :

TRAITEMENT ACTUEL : joindre une copie de l'ordonnance.

BILAN BIOLOGIQUE : joindre une copie des bilans récents.

BILAN SEROLOGIQUE : hépatite B, C et VIH si réalisés.

ECG : joindre une copie du tracé.

POINTS PARTICULIERS A TRAVAILLER :

VOS ATTENTES AU REGARD DU PROJET MEDICAL ET DE SOINS DE VOTRE PATIENT :

RAPPEL :

Un dépistage de toxiques et d'alcool sera réalisé lors de l'admission.

Tout patient arrivant non sevré pourra voir son admission décalée.

Seuls les patients stabilisés sous traitement de substitution sont admissibles.

AUCUNE CONSOMMATION d'alcool ou de toxiques n'est tolérée durant le séjour quelque soit la problématique addictive.

IL N'EXISTE PAS DE TOLERANCE POUR LE CANNABIS

Seul le sevrage tabagique peut-être réalisé en cours de séjour.

En cas de rupture de séjour le service adresseur s'engage à reprendre le patient dans les plus brefs délais.

DATE :

SIGNATURE

DOSSIER PARAMEDICAL

Capacités individuelles du patient :

Lecture : oui non faible
Ecriture : oui non faible

Capacités à mener des démarches administratives ou sociales :

oui non
seul accompagné

Capacités à faire ses auto-soins : toilette, habillage :

oui non partiellement

Capacités à signaler un problème de santé :

oui non

Mode habituel de déplacement :

à pied voiture bus
train vélo scooter
seul accompagné

Capacités à s'orienter dans un nouvel environnement :

oui non

Capacités du patient dans le collectif :

Capacités à établir des relations amicales :

oui non partiellement

Capacités à vivre en collectivité, respect des règles de vie :

oui non partiellement

Capacité à protéger ses biens :

oui non partiellement

DEMANDE D'ENGAGEMENT DE VOTRE MUTUELLE

Le

Objet : Demande de prise en charge pour un séjour en Soins de Suite et de Réadaptation spécialisés.

ADMISSION PREVUE LE :

Madame, Monsieur,

Je vous demanderai de bien vouloir adresser un accord de prise en charge par fax pour :

M

N° Assuré social :

N° adhérent :

Nom de l'adhérent (si le bénéficiaire des soins est un ayant droit) :

N° Finess établissement : 510000219
DMT : 187

☎ fax : 03 26 70 46 21

Sur la base suivante :

- Séjour de 6 à 12 semaines
- Forfait journalier de 20 euros
- Ticket modérateur de 64,80 euros (si non pris en charge par l'assurance maladie)

Avec mes remerciements,
je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature

A adresser en retour au SSR-A « Les Catalaunes »
E.P.S.M.M
1, Chemin de Bouy – BP 70555
51022 CHALONS EN CHAMPAGNE CEDEX
☎ Fax secrétariat: 03 52 20 39 81

REGLEMENT DE VIE – SSRA « LES CATALAUNES »

La durée de votre séjour est de 6 à 12 semaines.

Les visites et les sorties hors de l'unité :

PERMISSIONS EN VILLE	Uniquement à partir de la 3 ^{ème} semaine Tous les soirs de 17h00 à 18h30 Le week-end de 14h00 à 18h30 en l'absence de séances de soins et d'activités
VISITES	Autorisées à partir du jeudi de la 2 ^{ème} semaine Les mardis, jeudis et samedis de 17h00 à 18h30 Seuls les espaces communs sont accessibles aux visiteurs L'établissement interdit l'accès du service aux enfants de moins de 12 ans, leur visite nécessite l'autorisation des médecins de l'unité.
SORTIES D'ESSAI THERAPEUTIQUES	Un week-end sur deux Du samedi matin au lundi matin (maximum 48h) L'hébergement et les transports lors des essais thérapeutiques de 48h sont à la charge du patient

Les retards non justifiés, lors des retours de sortie thérapeutique ou de permission, sont des motifs d'exclusion.

Interdiction :

Quelque soit la problématique addictive annoncée, l'introduction, l'usage, le commerce ou la consommation de produits psycho-actifs (alcool, drogues, médicaments...) sont strictement interdits.

Des dépistages pourront être effectués de façon aléatoire.

Un résultat positif est un motif d'exclusion.

Seuls les traitements prescrits par les médecins du SSRA sont autorisés. Ceux prescrits à l'extérieur sont à déposer à l'infirmerie.

Les armes sont interdites y compris les armes blanches.

Le tabac :

Les Catalaunes appliquent la loi EVIN, il est donc formellement interdit de fumer dans les locaux. Un lieu est prévu à cet effet.

Ce point de règlement s'applique également à l'e-cigarette.

Règles de vie commune :

Le respect entre patients et envers l'équipe pluridisciplinaire est de rigueur ainsi que le respect des lieux et du matériel.

Toutes violences physiques, verbales et morales sont proscrites.

Les relations sexuelles sont interdites dans l'établissement.

Les bagages, les courriers et colis, les achats effectués à l'occasion des sorties sont susceptibles d'être contrôlés en présence d'un membre de l'équipe pour des raisons de sécurité, de protection des patients présents.

Votre chambre :

Votre chambre constitue votre espace privé et vous est strictement réservée. Vos familles ou proches ne peuvent y accéder.

Il vous appartient d'en réaliser l'entretien.

Pour des raisons d'hygiène, il est formellement interdit d'introduire des denrées périssables dans votre chambre.

Il vous est demandé de ne pas agraffer, clouer des photos, affiches ou autres, aux murs. Un panneau d'affichage est prévu à cet effet dans chaque chambre.

Il est formellement interdit d'y installer tout objet susceptible de produire des flammes ou une combustion (bougies, encens ...)

Les téléphones, ordinateurs, tablettes, consoles de jeux, argent ou autres objets de valeur :

L'établissement décline toute responsabilité en cas de perte, vol ou détérioration, celui-ci étant sous votre responsabilité.

Pour vos dépôts de valeur (argent et autres moyens de paiement), la banque des patients de l'E.P.S.M Marne est à votre disposition.

Le SSR ne dispose pas de cabine téléphonique, toutefois un poste est à votre disposition pour recevoir des appels (03-50-20-39-85).

La télévision :

Elle est accessible sur les temps libres et le soir jusqu'à 23h dans la salle commune.

La laverie :

Une machine à laver ainsi qu'un séchoir sont gratuitement à votre disposition, l'utilisation se fait sur votre temps libre et après inscription.

« L'Estaminet » : Espace de convivialité, bar sans alcool.

Accès sur les temps libres de 13h30 à 14h et de 16h30 à 19h

Rythme de vie

Lever	7h00-7h30
Prise du traitement	8h00
Petit déjeuner	8h30 à 9h00
Activités ménagères	
Réunion d'organisation	9h30
Activités thérapeutiques	10h00 à 12h00
Prise du traitement	12h00
Déjeuner	12h30 à 13h30
Activités ménagères/ repos	
Activités Thérapeutiques	14h15 à 16h30
Repos /temps libre /activités spécifiques	
Dîner	19h00 à 19h45
Activités ménagères	
Traitement	20h00
Repos /temps libre /activités spécifiques	
Traitement de nuit	A partir de 21h30
Retour en chambre	23h00
Extinction des « feux »	23h30

Véhicule personnel

Le stationnement est autorisé uniquement sur le parking de l'E.P.S.M Marne qui décline toute responsabilité en cas de détérioration ou de vol.

Son usage est proscrit durant le séjour, en dehors des sorties thérapeutiques des week-ends de la deuxième et quatrième semaine.

ENGAGEMENT DE SOINS

Je soussigné (e) :

NOM :

PRENOM :

Déclare avoir pris connaissance du règlement de vie et du programme de soin du centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie « Les Catalaunes ».

Je m'engage à me conformer à ce règlement durant la durée du séjour ainsi qu'au programme de soins.

J'ai compris que toute rupture de ce contrat entraînera la fin immédiate de mon séjour.

Cet engagement démontre mon envie de collaborer aux soins.

Date :

Signature :

NE PAS OUBLIER !!!

PAPIERS :

Carte d'identité ou passeport valide ;

Carte vitale et/ou attestation de votre caisse d'affiliation, entente préalable de votre caisse ;

Carte de mutuelle valide ou attestation CMU/CMUC ; engagement de votre mutuelle pour le séjour.

VETEMENTS :

Prévoir des vêtements et sous-vêtements de rechange pour au moins 15 jours, faciles d'entretien, cohérents avec la saison ;

Maillot et drap de bain (piscine) (à partir de la 5^{ème} semaine) ;

Tenue de sport pour activités intérieures et extérieures ;

Vêtements pour travaux salissants, chaussures de sécurité si vous en possédez, gants de travaux ;

Vêtements de pluie ;

Casquette, bonnet, gants, écharpe en fonction des saisons ; bottes en caoutchouc ou d'équitation si vous en possédez ;

Chaussons ;

Baskets ;

HYGIENE :

Linge et nécessaire de toilette;

Produits cosmétiques habituels ; crème solaire selon la saison ;

Mousse à raser et rasoir ;

(Les produits contenant de l'alcool sont à éviter)

ENTRETIEN :

Une machine à laver ainsi qu'un séchoir sont gratuitement à votre disposition, prévoir cependant de la lessive (liquide de préférence).

DIVERS :

Réveil ou faisant fonction ;

Téléphone avec chargeur si vous en possédez un ;

Sac à dos pour randonnée ou sortie à la journée ;

Feuilles, enveloppes, timbres et stylo ;

Dans le cadre de l'activité musicale possibilité d'apporter vos musiques et/ou votre instrument ;

Les ordinateurs portables sont autorisés, un accès Wifi gratuit est à votre disposition.

La première sortie en ville n'est possible qu'après une semaine, il vous est demandé de vous organiser en conséquence.