



## DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint un dossier de demande d'admission à la Clinique de la Bréhonnière pour une hospitalisation complète d'une durée de 5 semaines.

Voici les éléments que doit comporter votre dossier :

- une partie médicale remplie par le médecin, à nous retourner accompagnée
  - o Une copie de la dernière ordonnance si traitement en cours
  - o l'ensemble des renseignements d'ordre médical disponibles (notamment copies des comptes rendus hospitalier et dernier compte rendu biologique)
- une partie remplie par le patient, à nous retourner avec les éléments suivants :
  - o Une photocopie recto-verso de votre pièce d'identité
  - o Une photocopie de votre carte mutuelle recto-verso ou de votre attestation CMUC en cours de validité à la date de l'hospitalisation
  - o L'autorisation d'utilisation du support photographique
  - o La fiche de désignation de la personne de confiance

En cas de transfert d'un autre établissement de santé, il vous sera demandé un bulletin d'hospitalisation.

A réception, votre dossier sera examiné par notre commission médicale. Après validation du dossier, le secrétariat vous contactera pour envisager une date d'admission.

Le jour de votre admission, le secrétariat vous remettra la clé de votre chambre ainsi qu'un gobelet réutilisable tout au long de votre séjour. A cet effet, nous vous demanderons de bien vouloir compléter un formulaire de cautionnement et de prévoir **une caution de 10 €** (en chèque ou en espèces). Cette caution vous sera rendue à la fin de votre hospitalisation.



## DOSSIER A REMPLIR PAR LE PATIENT

Madame     Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Date de Naissance : ..... Lieu de Naissance : .....

Profession : .....

Si sans profession :  Chômage     Retraite     Invalité     AAH     RSA

Situation familiale :  Célibataire     Marié(e)     PACS     Veuf(ue)     Divorcé(e)

### PERSONNES A PREVENIR EN CAS DE BESOIN :

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec le patient (parent, proche, Médecin traitant) : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

### COUVERTURE SOCIALE :

#### **Caisse d'Assurance Maladie**

Numéro de Sécurité Sociale : .....

Centre et Adresse : .....

Etes vous bénéficiaire :  CMUC     ALD     Invalité     ACS

**Mutuelle** : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....



## La prise en charge de vos frais d'hospitalisation

Le ticket modérateur (20% du tarif journalier par journée d'hospitalisation et des honoraires) et le forfait journalier sont pris en charge par votre complémentaire santé (mutuelle ou CMUC), à défaut ils resteront à votre charge.

La clinique dispose de chambres particulières et la distribution des chambres se fait en fonction des disponibilités et de la validité de votre prise en charge. Si vous bénéficiez d'une mutuelle, l'attribution de la chambre particulière se fera en fonction de l'accord de cette dernière et sur la base du nombre de jours accordés. Nous vous conseillons de les contacter au plus tôt pour obtenir ces informations (À savoir : notre code activité est DMT 214), et de nous les retourner.

**Si vous ne bénéficiez pas de prise en charge mutuelle, le montant du supplément chambre particulière sera à votre charge : à partir de 50 €/nuit.**

*La CMUC ne couvre jamais la chambre particulière.*

Je demande à bénéficier d'une chambre particulière, le supplément sera pris en charge :

- Par ma mutuelle
- Par moi-même

(Un chèque de caution de 150 € vous sera demandé lors de l'attribution de la chambre particulière.)

*Je 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 à la clinique de la Bréhonnière.*

Date : .....

Nom Prénom : .....

Signature : .....



**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à remplir par le patient) :**

*Pour mieux personnaliser votre projet thérapeutique, nous vous invitons à nous indiquer en quelques mots :*

- *Quelles sont vos attentes lors de votre séjour ?*

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

- *Comment pensez vous que l'on puisse vous aider au mieux ?*

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

- *Qu'aimeriez vous trouver au sein de notre structure ?*

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

Considérez-vous que vous êtes suffisamment informé sur Le Projet Thérapeutique (\*) de La Clinique de La Bréhonnière?

oui       non

(Si non, rapprochez-vous du médecin qui remplira votre dossier médical d'admission ou bien des praticiens qui vous ont orienté vers nous).

Acceptez-vous de signer un contrat Thérapeutique (\*) pour une durée de soins de 5 semaines ?

oui       non

Etes-vous sujet à des troubles du comportement alimentaire (boulimie, anorexie) ?

oui       non



Consommez-vous du tabac ?       oui       non

Quelle est votre consommation actuelle ?

.....

Avez-vous envie d'arrêter de fumer ?       oui       non

Avez-vous consommé du cannabis ?       oui       non

Où en est votre consommation actuelle ?

.....

Avez-vous pris d'autres substances psychoactives ?       oui       non  
Lesquelles :

.....

Si oui, où en êtes-vous de votre consommation de substances psychoactives ?

.....  
.....

Avez-vous fait des tentatives de suicide ?       oui       non

Avez-vous actuellement des idées suicidaires ?       oui       non

(\*) Des indications générales sur le Programme Thérapeutique et sur le contrat Thérapeutique figurent dans le liuret d'accueil et sur le site internet.



## DOSSIER SOCIAL (à remplir par le patient)

### I. Identité du Patient :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..../..../.....

### II. Evaluation de la Précarité et des inégalités de santé :

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ?

Tutelle     Curatelle     Sauvegarde de Justice

Nom et adresse du représentant légal : .....

.....

Etes-vous en contact avec un service Social ?

oui     non

Si oui, coordonnées du travailleur social :

.....

.....

Participez-vous régulièrement à des activités de loisirs ?

oui     non

Si oui, laquelle (sport, spectacle, activités manuelles) : .....

Rencontrez-vous des difficultés financières ?

oui     non

En cas de difficultés, ( hébergement, financières) pouvez-vous compter sur votre entourage ?

Oui     Non

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou enfants ? :  Oui     Non

### III. Après votre séjour à la Clinique.

**Retrouverez-vous votre logement ?**

oui     non

Avez-vous des projets, (travail, logement, famille, autre) ?

.....

.....



## DOSSIER MEDICAL (à remplir par le médecin)

### I. Identification du patient :

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

### II. Identification du médecin adresseur :

Nom : .....

Prénom .....

Fonction : .....

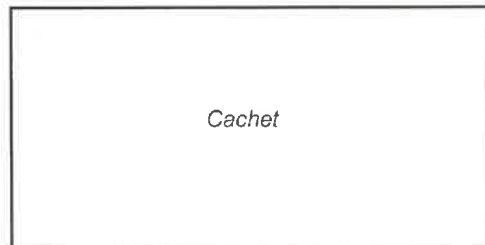
Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Mail : .....

Êtes-vous le médecin traitant du patient ?                      oui     non

Êtes-vous le spécialiste qui le suit ?                              oui     non



### III. Conduites addictives actuelles :

Tabac                              oui                       non

Alcool                              oui                       non

Cannabis                              oui                       non

Cocaïne                              oui                       non

Héroïne                              oui                       non

Addiction médicamenteuse ?    oui     non

si oui quel(s) médicament(s) ? .....

Addiction à d'autres produits ?    oui     non

si oui lequel ou lesquels ? .....

Addiction au jeu ?                      oui     non



Traitement de substitution aux opiacés ? oui  non

Si oui lequel ? .....

Y a-t-il mésusage ? oui  non

**De quel(s) produit(s) veut se sevrer le patient ?**

.....  
.....

**IV. La demande de cure émane** (plusieurs réponses possibles)

- Du patient
- De son entourage
- D'une proposition médicale
- De la justice

**V. Histoire de l'addiction**

- Début à l'adolescence
- Début à l'âge adulte
- Début il y a moins de 5 ans
- Début il y a plus de 10 ans

Y a-t-il eu des sevrages physiques antérieurs (hospitalisations <12j) ou des sevrages ambulatoires médicalisés ?

Oui  Non

Si oui, précisez : .....

Y a-t-il eu des cures antérieures (hospitalisations >21j) ?

Oui  Non

Si oui, précisez.....





**VI. Le patient a-t-il actuellement un suivi spécialisé** oui  non

Psychiatre  précisez .....

Addictologue  précisez .....

Association d'entraide  précisez .....

**VII. Répercussions de l'addiction**

• Physiques

Délirium tremens Oui  Non  Ne sait pas

Coma éthylique Oui  Non  Ne sait pas

Convulsions Oui  Non  Ne sait pas

• Familiales : .....

• Sociales: .....

• Professionnelles : .....

• Conséquences médico-légales :

Retrait ou annulation du permis de conduire ? Oui  Non  Ne sait pas

Violence à personne Oui  Non  Ne sait pas

Obligation de soin Oui  Non  Ne sait pas

Condamnation actuelle Oui  Non  Ne sait pas

Jugement à venir Oui  Non  Ne sait pas

**VIII. Antécédents psychiatriques :**

✓ Etat de stress post traumatique

✓ Troubles bipolaires

✓ Troubles anxieux

✓ Dépressions récurrentes sous emprise d'alcool

✓ Dépressions récurrentes sans alcool



- ✓ Iuresses pathologiques
- ✓ Episodes psychotiques pharmaco induits
- ✓ Tentative d'autolyse sous emprise d'alcool
- ✓ Tentative d'autolyse sans alcool
- ✓ Psychose chronique
- ✓ Troubles du comportement alimentaire
- ✓ Hospitalisation en psychiatrie

Situation psychique actuelle : stable  instable

**IX. Antécédents somatiques** (préciser si besoin) :

- Médicaux : .....
- Chirurgicaux : .....
- Le patient présente-t-il une insuffisance hépatique sévère ? Oui  Non
- Existe-t-il une altération cognitive sévère ? Oui  Non
- Des troubles graves de la mémoire ? Oui  Non
- Le patient nécessite-t-il de l'O2 ? Oui  Non
- Le patient présente-t-il un état de dénutrition ? Oui  Non

**X. Autonomie du patient**

Le patient est-il capable d'assurer les gestes de la vie quotidienne ? Oui  Non

Le patient est-il capable de monter un escalier ? Oui  Non

Le patient est-il capable de comprendre et de parler le français sans difficulté ?

Oui  Non

Existe-t-il un déficit sensoriel (auditif ou visuel) ? Oui  Non

Si oui, est-il sévère ou modéré ?

.....



**XI. Traitement actuel** (ou joindre une copie de la dernière ordonnance)

**Commentaires :**

**Date :**

**Nom du praticien :**

**Signature :**



Clinique  
de la Brochetière

**IMPORTANT :** En application de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

## FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e),

NOM marital : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille \_\_\_\_\_

PRENOM(S) : \_\_\_\_\_

DATE & LIEU NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE(S) : \_\_\_\_\_

FAX / @MAIL : \_\_\_\_\_

Admis(e) au sein de l'établissement de santé en vue d'une hospitalisation.

**Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance :**

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation.

**Je souhaite désigner comme personne de confiance :**

Monsieur

Madame

Mademoiselle

NOM marital : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille \_\_\_\_\_

PRENOM(S) : \_\_\_\_\_

DATE & LIEU NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE(S) : \_\_\_\_\_

FAX / @MAIL : \_\_\_\_\_

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un proche

Un parent

Mon médecin traitant

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :

OUI

NON

**J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.  
Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas,  
je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation.**

Fait à \_\_\_\_\_

Signature du patient

Le \_\_\_\_\_

*Cadre réservé à la personne de confiance*

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance :

Fait à \_\_\_\_\_

Signature

Le \_\_\_\_\_

## La personne de confiance

***Vous êtes majeur(e): vous pouvez, si vous le souhaitez, désigner une « personne de confiance » que vous choisissez librement dans votre entourage.***

### **En quoi la personne de confiance peut-elle m'être utile?**

Votre personne de confiance peut vous être très utile :

> pour vous accompagner dans vos démarches et assister à vos entretiens médicaux : ainsi pourra-t-elle éventuellement vous aider à prendre des décisions ;

> dans le cas où votre état de santé ne vous permettrait pas de donner votre avis ou de faire part de vos décisions: le médecin ou éventuellement, en cas d'hospitalisation, l'équipe qui vous prend en charge, consultera en priorité la personne de confiance que vous aurez désignée. L'avis ainsi recueilli auprès de la personne de confiance guidera le médecin pour prendre ses décisions.

Vous pouvez en outre confier vos directives anticipées(1) à votre personne de confiance.

### **Quelles sont les limites d'intervention de ma personne de confiance?**

La personne de confiance ne pourra pas obtenir communication de votre dossier médical (à moins que vous lui fassiez une procuration exprès en ce sens)(2). De plus, si vous souhaitez que certaines informations ne lui soient pas communiquées, elles demeureront confidentielles, quelles que soient les circonstances. En revanche, si votre personne de confiance doit être consultée parce que vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, les informations jugées suffisantes pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité lui seront communiquées.

Si vous êtes hospitalisé, l'avis de la personne de confiance sera pris en compte par l'équipe médicale mais, en dernier lieu, c'est au médecin qu'il reviendra de prendre la décision.

En revanche, dans le cas très particulier de la recherche biomédicale, si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer et qu'une recherche biomédicale est envisagée dans les conditions prévues par la loi, l'autorisation sera demandée à votre personne de confiance. Qui puis-je désigner?

Toute personne de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission : un de vos parents, votre conjoint, votre compagnon ou votre compagne, un de vos proches, votre médecin traitant...

La personne que vous désignez comme personne de confiance peut être aussi celle que vous avez désignée comme « personne à prévenir » en cas de nécessité: personne de confiance et personne à prévenir peuvent ou non être la même personne.

### **Comment désigner ma personne de confiance?**

La désignation doit se faire par écrit. Vous pouvez changer d'avis à tout moment et, soit annuler votre désignation, soit remplacer la désignation d'une personne par une autre. Dans tous les cas, il est préférable de le faire par écrit et de prendre toutes les mesures qui vous semblent utiles pour vous assurer la prise en compte de ces changements.

### **Quand désigner ma personne de confiance?**

Vous pouvez désigner une personne de confiance à tout moment.

Dans le cas d'une hospitalisation, vous pouvez désigner votre personne de confiance au moment de votre admission. Mais vous pouvez également le faire avant votre hospitalisation ou au cours de votre hospitalisation. Ce qui importe c'est d'avoir bien réfléchi et de vous être assuré(e) de l'accord de la personne que vous souhaitez désigner avant de vous décider.

La désignation faite lors d'une hospitalisation n'est valable que pour toute la durée de cette hospitalisation. Si vous souhaitez que cette validité soit prolongée, il suffit que vous le précisiez (par écrit, de préférence). Toutes les informations que vous aurez données à propos de votre personne de confiance seront classées dans votre dossier médical conservé au sein de l'établissement.

### **Dans quel cas ne puis-je pas désigner une personne de confiance?**

Si vous êtes protégé par une mesure de tutelle, vous ne pouvez pas désigner une personne de confiance. En revanche, si vous avez désigné quelqu'un antérieurement à la mesure de tutelle, le juge des tutelles peut soit confirmer la mission de cette personne, soit révoquer sa désignation.

FORMULAIRE DE CAUTIONNEMENT POUR PRESTATIONS ANNEXES

Je soussigné (e)

NOM de naissance..... Nom d'usage .....

Prénoms.....

Date et lieu de naissance.....

Adresse :

.....  
.....

**FORMULAIRE DE CAUTION**

Lors de mon admission, je reconnais avoir reçus les éléments suivants et m'engage à les restituer à la fin de mon séjour.

- La clé de la chambre et son tour de cou
- Un gobelet réutilisable
  
- Je reconnais avoir remis une caution d'un montant de 10 €
  - En chèque
  - En espèces

Je reconnais avoir été informé qu'en cas de non restitution des éléments ci dessus, la caution sera conservée par la Clinique.

Le

Signature du secrétariat

Signature du patient

**FORMULAIRE DE RESTITUTION**

A la fin de mon séjour, je reconnais avoir remis au secrétariat les éléments suivants

- La clé
- Le gobelet

et récupérer ma caution de 10 €.

Le

Signature du secrétariat

Signature du patient

Selon l'article 9 du code civil et l'article L1110-4 du code de la santé publique, chacun a le droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

**AUTORISATION D'UTILISATION DU SUPPORT PHOTOGRAPHIQUE**

Je soussigné (e),

NOM de naissance : .....Nom d'usage :.....

Prénom(s) :.....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse :

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

Admis au Centre de Soins de la Bréhonnière à compter du \_\_/\_\_/\_\_

autorise le Centre de la Bréhonnière à me photographier et à utiliser ce support photographique tout au long de mon séjour afin de contribuer à la sécurité de mes soins.

L'utilisation de votre photographie se fera sur support papier et numérique. Ces photographies ne seront ni communiquées à des personnes extérieures de l'établissement, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages. Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui vous concerne est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de cette photographie si vous le jugez utile.

n'autorise pas le Centre de la Bréhonnière à me photographier.

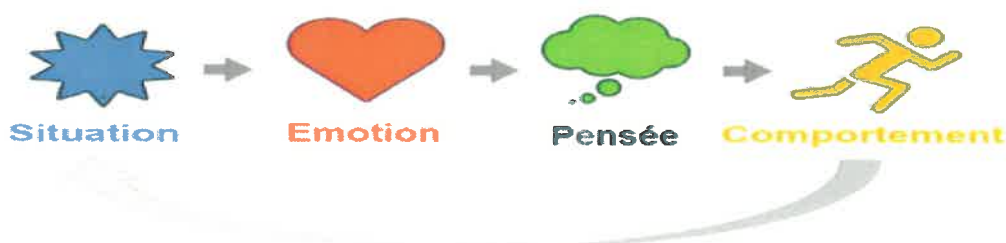
Fait à.....le.....

Signature du patient :

La clinique de La Bréhonnière propose un programme thérapeutique moderne actualisé aux évolutions d'une société « addictogène » dont l'objectif est de permettre aux personnes accueillies de mettre en place de nouvelles réponses comportementales plus adaptées et plus à même d'améliorer leur qualité de vie.

C'est pourquoi, notre approche de prise en soins s'articule autour du « comportement problème »

Nos comportements sont la traduction de nos pensées et de nos émotions dans une situation donnée. Nous nous adaptons perpétuellement et trouvons un équilibre entre ce que l'on doit faire, ce que l'on veut faire et ce que l'on peut faire. La notion de « comportement problème » apparaît quand cet équilibre est rompu.



L'accompagnement pluridisciplinaire est basé sur le projet de soins projet de vie individuel du patient. Les soins, en hospitalisation complète, associent une palette d'outils permettant, par des abords complémentaires, un travail de fond sur les 3 éléments du triptyque addictif :

- Les facteurs individuels
- Les facteurs de risque liés au produit
- Les facteurs d'environnement sociaux et familiaux

Ce programme se met en œuvre au travers d'ateliers individuels ou collectifs organisés par une équipe pluridisciplinaire formée. Il s'articule autour de trois axes de travail :

- *Le travail médico-social* consistant à favoriser des conditions de vie sécurisantes et inclusives pendant le séjour et également dans la projection du retour à domicile.
- *Le travail rééducatif* visant à renforcer les capacités d'autocontrôles de la personne .
- *Le travail motivationnel* soutenant, encourageant et valorisant un désir et un engagement vers le changement.



Pour ce faire, différents contenus complémentaires sont proposés :

- Un suivi individuel (RDV médicaux, infirmiers, psychothérapeutiques et social)
- Des activités en petits groupes : renforcement des compétences sociales, travail sur les émotions, sur les situations à risque, sur l'estime de soi
- Des ateliers d'usage du numérique, de gestion du temps libre, de planification
- Des conférences-débat médicales de renforcement des connaissances
- Des soins spécifiques (prise en charge de la douleur, du stress, du sommeil, du tabagisme, etc. ) :
- Sophrologie, mésothérapie, relaxation, psychomotricité
- La rencontre des associations extérieures (associations néphalistes, CSAPA, Foyer d'hébergement, UFC que choisir, SAVS, Narcotiques anonymes.)
- La pratique d'activités physiques adaptées (partenariat avec salle de sport et piscine, espaces verts)
- La participation à la vie collective : tâches collectives, ateliers « vivre ensemble » et responsabilités
- Des ateliers de stimulation intellectuelle et sensorielle, des ateliers créatifs
- Des groupes de parole.

La durée des soins s'adapte aux capacités de chaque patient à acquérir, tirer parti et mettre à profit les contenus travaillés.

Le parcours thérapeutique est découpé en trois phases sur 5 semaines.

La **phase d'action** peut être dupliquée, sous réserve de validation de l'équipe soignante, jusqu'à deux fois prolongeant ainsi, chaque fois, le séjour de 3 semaines.

Les objectifs thérapeutiques restent les mêmes mais travaillés au moyen de contenus différents, offrant une nouvelle opportunité de mieux les atteindre.

