

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 en :

Séjour simple
(Durée 15 jours)

Séjour complexe
(Durée 5 à 8 semaines)

HDJ

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 hospitaliers 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 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
 - o La Charte informatique signée

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 la commission médicale. Après validation du dossier, le secrétariat vous contactera pour envisager une date d'admission.

Le jour de votre admission, en hospitalisation complète, 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 50 €** (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 Invalidité AAH RSA

Situation familiale : Célibataire Marié(e) PACS Veuf (ve) 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/CSS ALD Invalidité

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 (A 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 250 € 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.

Nom Prénom :

Date :

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 la durée de votre programme de soins ?

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 Contrat Thérapeutique figurent dans le livret 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) ?

.....

.....

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.....

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

- VI.** Psychiatre précisez
- Addictologue précisez
- Autres 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

- ✓ Ivresses 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 :

FORMULAIRE DE CAUTIONNEMENT POUR PRESTATIONS ANNEXES
En cas de séjour simple ou séjour complexe

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

Je reconnais avoir remis une caution d'un montant de 50 €

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

RETOUR DE CAUTION

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

La clé

et récupérer ma caution de 50 €.

Le

Signature du secrétariat

Signature du patient