

La Roche-sur-Yon,

Objet : dossier d'admission et documentation

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande, veuillez trouver ci-joint une documentation présentant notre établissement, ainsi qu'un dossier d'admission.

Merci de nous renvoyer :

1- Le dossier complété comprenant :

- La fiche administrative (blanche)
- La fiche sociale (bleue)
- La fiche médicale (à renseigner obligatoirement par un médecin) (rose)
- Le formulaire de désignation de la personne de confiance
- Le certificat d'hébergement
- Les règles de fonctionnement signées

2- Les pièces à joindre au dossier :

- Une lettre de motivation
- Les copies de l'attestation accompagnant la carte vitale et la carte de complémentaire santé ou d'ouverture de droit de CMU

Nous retourner le dossier complet par mail, courrier ou fax à l'adresse suivante :

- 2, rue Victor Hugo – BP 113 – 85003 La-Roche-sur-Yon Cedex
- metives@oppelia.fr
- Numéro de fax : 02.51.46.09.64

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez joindre le secrétariat admission au : 02.51.37.54.11

Tous les jours de 8 h 30 à 12 h 30 et de 13 h 30 à 16 h 30.

FICHE ADMINISTRATIVE

1- IDENTITE

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Lieu de naissance :

Numéro de téléphone :

Adresse habituelle :

Numéro de portable :

.....

Adresse mail :

Adresse provisoire (le temps du soin) :

.....

.....

2- PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

.....

Numéro de portable :

Lien de parenté :

.....

3- MEDECIN TRAITANT

Nom :

Numéro de téléphone :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Autre médecin correspondant : (psychiatre, gastro-entérologue, addictologue...)

Nom :

Numéro de téléphone :

Prénom :

Adresse :

.....

4- ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE DELIVRANT LA PRISE EN CHARGE PRINCIPALE

Intitulé – adresse : Téléphone :
.....
Nom de l'assuré :
Fax : N° d'immatriculation :

ALD (Affection Longue Durée) : Oui Non

(Si oui, merci de joindre la photocopie de la demande d'ALD, établie par le médecin prescripteur. Dans tous les cas, joindre la photocopie de l'attestation actualisée d'ouverture des droits de l'organisme d'assurance maladie délivrant la prise en charge principale)

5- MUTUELLE

Intitulé – adresse : Téléphone :
.....
Nom de l'assuré :
Fax : N° d'affiliation :

(prière de joindre une photocopie de la carte d'adhérent mise à jour)

Bénéficiez-vous de la CMU ? OUI NON

Si oui, joindre une photocopie resto-verso de votre attestation d'ouverture des droits)

FORMULAIRE DE DESIGNATION **DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

Depuis la loi du 4 mars 2002, vous pouvez désigner, sous forme écrite, un membre de votre entourage en qualité de « personne de confiance ».

Cette personne peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant. Elle pourra, si vous le souhaitez, assister à vos entretiens, au cours de vos consultations ou de votre hospitalisation afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter et les démarches à accomplir.

Sa présence pourra également s'avérer indispensable si vous n'étiez plus en capacité de recevoir les informations médicales, ni de consentir à des actes thérapeutiques. Elle deviendra alors un interlocuteur privilégié et sera consultée obligatoirement par l'équipe médicale pour donner son avis sur le traitement proposé en fonction des impératifs médicaux, de vos convictions et de la loi actuelle. Son avis prévaut sur tout autre avis non médical.

- Cette désignation, facultative, ne peut se faire qu'après discussion et avec l'accord de la personne désignée.
- Cette désignation doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical.
- Cette désignation est valable pour la durée de votre hospitalisation et pour plus longtemps si vous le souhaitez.
- Cette désignation est révocable à tout moment, par écrit : il vous suffit d'en avertir le personnel hospitalier et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.
- La personne de confiance est différente de la « personne à prévenir ».

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / __

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance, et reconnaît avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour.

Souhaite désigner une personne de confiance en la personne de :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél :

Cette personne de confiance est :

Un proche

Un parent

Mon médecin traitant

Date et signature :

REGLES DE FONCTIONNEMENT A l'attention des patients

Ces règles de fonctionnement sont remises à chaque personne venant en soin dans le cadre du SMRA (Soins Médicaux et de Réadaptation en Addictologie). Dans le respect et la dignité de chacun, elles visent à faciliter votre passage dans le Centre de Soins en posant des repères et des règles que chacun doit respecter pendant son séjour.

Les membres de l'équipe du SMRA Les Métives sont garants de l'application de ce règlement sous la responsabilité du Comité de Direction de l'établissement.

En référence au dossier d'admission, le règlement intérieur est signé à l'entrée par chaque patient. Il marque votre engagement à respecter les règles posées.

I. OBJECTIFS

Votre séjour au SMRA Les Métives peut vous aider à travailler et expérimenter un projet de changement par rapport à votre comportement d'addiction(s).

Vous allez construire avec le médecin référent et l'équipe un projet de soins vous aidant à atteindre vos objectifs.

Des évaluations régulières auront lieu avec vous au cours de votre séjour afin d'adapter les soins selon votre évolution.

II. SECURITE

1- Produits psychoactifs

L'introduction et la consommation d'alcool, ou de produits alcoolisés (déodorant, parfum, etc...), ou de produits psychotropes licites ou illicites sont strictement interdits dans les locaux y compris dans les espaces extérieurs.

2- Médicaments

Tous les médicaments doivent être remis à l'équipe dès l'entrée. Seuls les traitements prescrits par les médecins du SMRA sont utilisables. En aucun cas, ils ne doivent être partagés.

3- Tabac et produits inflammables

La consommation de tabac dans les locaux intérieurs est strictement interdite. Elle est autorisée, ainsi que la cigarette électronique, dans les espaces extérieurs qui vous sont indiqués par l'équipe. Les produits inflammables sont interdits (bougies, encens, etc...)

4- Objets à risques

Tous les objets à risque et potentiellement contondants (ciseaux, cutter, couteaux, etc...) doivent être signalés et sont susceptibles d'être retirés.

Toutes les armes sont strictement interdites.

5- Téléphone

Vous avez la possibilité d'avoir le téléphone dans votre chambre. Les appels sont autorisés entre 8h00 et 23h00. Les portables sont éteints pendant les activités thérapeutiques, les repas et les entretiens individuels. Ils sont tolérés en mode vibreur le reste du temps. Ils ne peuvent être utilisés que dans la chambre ou à l'extérieur du bâtiment.

6- Clé

Une clé de votre chambre vous sera remise contre une caution de 5,00 euros.

7- Hygiène et sécurité alimentaire

Pour des raisons d'hygiène et de sécurité alimentaire, les denrées nécessitant d'être conservées au froid ne sont pas autorisées dans les chambres.

8-Les entrées et les sorties quotidiennes sont soumises à une réglementation qui vous sera donnée à votre arrivée par l'équipe. Il vous est demandé de respecter strictement les horaires de départ et de retour qui sont convenus par écrit entre vous et l'équipe soignante.

9-Les visites de proches sont autorisées sur réservation.

III. RESPECT ET ETHIQUE

Toute personne présente dans l'établissement doit respecter les autres par :

- l'absence de violence verbale,
- l'absence de violence physique,
- l'absence de propos jugeants, disqualifiants ou discriminatoires (raciste, etc...),
- la confidentialité sur les faits et propos échangés dans le cadre du soin.

Afin de faciliter la vie en groupe et le respect de chacun :

- une tenue, une hygiène et un comportement adaptés vous sont demandés. Dans les lieux partagés, une tenue de ville est demandée.
- la chambre qui vous est attribuée vous est strictement réservée.

Afin de respecter ce règlement, l'établissement met en place différents moyens.

1- Le personnel de jour et de nuit peut vérifier, à tout moment, en votre présence, votre chambre et vos effets personnels.

2- Examen clinique et bilan biologique

A chaque entrée ou retour, un examen clinique et des bilans biologiques pourront être effectués si l'équipe soignante l'estime nécessaire.

Des contrôles d'alcoolémie et la recherche de tout produit toxique peuvent être également pratiqués à tout moment par le personnel qualifié.

3- En cas de difficulté à respecter ce cadre, nous vous remercions de demander un entretien ou de l'aide pour en parler à la personne de l'équipe soignante de votre choix, notamment aux personnes référentes chargées de vous accompagner pendant vos soins aux Métives.

4- Le jour de votre sortie, la chambre devra être libérée à 9h00, au plus tard.

Évaluation

Un questionnaire d'évaluation vous sera remis en fin de séjour pour avoir votre avis sur le déroulement de vos soins aux Métives. Nous vous remercions vivement de le remplir pour que nous puissions adapter le cadre de soins au plus près de vos besoins.

Je soussigné Mme/Mr, certifie avoir pris connaissance des présentes règles de fonctionnement.

Date et signature

FICHE SOCIALE

Nom : Prénom :

1- SERVICE SOCIAL ayant fait avec le (la) patient(e) la demande de post-cure

Intitulé du service social :

Nom du travailleur social :

Adresse :

.....

Téléphone :

(à défaut, nom de la personne ayant renseigné cette fiche, sa fonction, ses coordonnées) :

.....

.....

.....

2- SITUATION FAMILIALE du (de la) patient(e)

Célibataire Marié (e) Remarié (e) Veuf (veuve)

Divorcé(e) Concubinage Séparé (e) P.A.C.S

Depuis le

- Age et profession du (de la) conjoint (e) :

- Nom et âge des enfants : ,Né(e) le :

..... ,Né(e) le :

..... ,Né(e) le :

..... ,Né(e) le :

- Nombre d'enfant à charge :

- Climat des relations familiales :

.....

.....

3- TUTELLE ET CURATELLE

Tutelle Curatelle (simple – renforcée)

Coordonnées du tuteur ou curateur légal :

.....

.....

Joindre impérativement la copie du jugement

4- SITUATION PROFESSIONNELLE

- Niveau d'étude :
- Qualification professionnelle :

Si le patient a une activité professionnelle actuellement :

- Emploi actuel :
- Adresse de l'employeur :

Si le patient n'a pas d'activité professionnelle actuellement, quelle est sa situation ?

- Chômage
- Arrêt de travail
- Invalidité, catégorie / taux ?
- R.S.A, coordonnées de la personne instructive du dossier :
- Pré-retraité, retraité
- Accident du travail, taux ? :
- Allocataire adulte handicapé

- Autres, à préciser :
- Sans ressource
- Surendettement

5- Logement

- Propriétaire
- Hébergement provisoire en famille*
- Hébergement durable
- Sans domicile fixe*
- Locataire
- Hébergement provisoire chez des amis*
- Hébergement provisoire en foyer*

* : Merci de bien renseigner le certificat d'hébergement ci-joint

6- SITUATION JUDICIAIRE

- Antécédents judiciaires, à préciser :
- Suivi SPIP (le cas échéant), coordonnées du Conseiller d'Insertion et de Probation :

Joindre impérativement la copie du contrat avec le SPIP

7- PROJET D'APRES POST-CURE (logement, emploi, famille, démarche, dettes, etc....)

.....

.....

.....

8- VOTRE EXPOSE DE LA SITUATION

.....

.....

.....

CERTIFICAT D'HEBERGEMENT

Certificat d'hébergement à renseigner en cas de situation d'hébergement provisoire.

Je soussigné (**nom, prénom, lien de parenté**)

Demeurant à.....

Téléphone

M'engage à héberger à l'adresse ci-dessus Monsieur ou Madame

- **Dans le cas d'une rupture anticipée des soins**
- **A la fin des soins en cas de non logement**

Fait à Le

Signature

FICHE MEDICALE

Nom : Prénom :

Age :

1- INDICATION PAR

Etablissement de santé : Adresse : Téléphone : Fax : E-mail :	Ou Médecin : Adresse : Téléphone : Fax : E-mail :
--	--

Si hospitalisation en cours, motif de l'admission :

Date de l'entrée :
 Date de sortie programmée :

2- IDENTIFICATION DES CONSOMMATIONS

	Antécédent	Non Usage	Usage	Usage à risque	Usage Nocif	Dépendant
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
THC (cannabis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres stupéfiants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Autres conduites addictives :
 - Jeux pathologique
 - TCA

Autres :

- Y-a-t-il un mésusage médicamenteux ? Oui Non
 Si oui, sur quel type de médicaments :

Conditions de début et contexte des consommations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3- PRECEDENT SOINS

a- En addictologie :

- Sevrages (cure) :
.....
.....
- CSSRA (post-cure) :
.....
.....
- Autres types d'établissements :
.....
.....

- Suivi addictologique ambulatoire :
 - Libéral
 - Hospitalier
 - CSAPA
 - Autres :

b- En psychiatrie :

- Hospitalisation :
.....
.....
- Suivi ambulatoire :
.....
.....

4- MOTIF DE L'ORIENTATION AU CSSRA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5- ANTECEDENTS

- Médicaux :

.....
.....

- Chirurgicaux :

.....
.....

- Psychiatriques, dont tentative de suicide :

.....
.....

- Familiaux :

.....
.....

6- ETAT DE SANTE ACTUEL

- Poids : ▪ Taille :

- Maladies en cours :

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

- Merci de joindre le bilan biologique (Gamma GT, VGM...) et sérologie (hépatite B et C, VIH, risque infectieux, tuberculose, BMR...)

Si le patient a bénéficié d'examen complémentaire datant de moins de trois mois, merci de joindre les comptes-rendus.

- Etat psychopathologique actuel :

.....
.....

- Trouble cognitif repéré :

.....
.....

- Traitement actuel :

.....
.....

- Contre indications aux activités sportives adaptées :

.....
.....

7- ALIMENTATION

- Régime alimentaire :

.....

- Aversion(s) ou intolérance(s) :

.....

- Allergie(s) alimentaires(s) :

.....

8- AUTONOMIE

	Autonome	Peu autonome	Dépendant
Soins hygiène*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adaptation à la vie de groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Précisez le besoin d'aide :

.....

9- CLIMAT DES RELATIONS FAMILIALES

.....

10- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES UTILES A LA DECISION

.....

Date :

Signature et cachet du médecin