



Formulaire

DEMANDE D'ADMISSION



© Can Stock Photo

CENTRE ARMANÇON
18 bis, Rue Pierre Séward
89400 MIGENNES



SMR - Addictologie

AIHP - Centre Armançon

18 Bis, rue Pierre Sépard – 89400 MIGENNES

☎ 03 86 80 24 55 Fax : 03 86 92 91 73

Madame, Monsieur,

Suite à la demande d'admission pour l'un de vos patients dans notre Etablissement, nous avons l'honneur de vous adresser une documentation et des formulaires.

Cette admission ne serait être effective sans l'examen préalable du dossier par l'équipe soignante, dossier qu'il conviendra de nous retourner, au plus tôt, dûment complété.

Cette demande d'admission comprend :

- Une fiche médicale à faire remplir par le Médecin et un compte rendu d'hospitalisation.

- Une fiche administrative à faire remplir par le service social.

1) **Dans le cas d'un transfert**, nous vous rappelons que l'admission doit s'effectuer impérativement le jour même de la sortie de l'hôpital.

2) Il conviendra de s'assurer que le patient est bénéficiaire soit : d'une mutuelle ou de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S ou de tout autre document justifiant d'une prise en charge par l'aide médicale hospitalière, afin de prendre en charge éventuellement le ticket modérateur et dans tous les cas le forfait journalier dont l'Etablissement est assujetti.

Le dossier sera à adresser au secrétariat médical : – smed@centre-armancon.fr

Nous vous remercions, à l'avance et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le service Admission.

CENTRE ARMANCON

18 bis, rue PIERRE SEMARD

89400 MIGENNES

TEL : 03 86 80 24 55

ORIGINE DE LA DEMANDE

DATE DE LA DEMANDE : _____ S'AGIT-IL D'UN PREMIER SEJOUR : **OUI** **NON ***

SERVICE A L'ORIGINE DE LA DEMANDE : _____

LIEU : _____ ADRESSE : _____

HOSPITALISATION EN COURS : **OUI** **NON *** DEPUIS QUAND : _____

MEDECIN ADRESSEUR : _____ TEL : _____

ASSISTANTE SOCIALE : _____ TEL : _____

COMMENTAIRES : _____

* ENTOURER LA REPONSE

ETAT CIVIL

NOM : _____ PRENOM _____

NOM DE JEUNE FILLE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

LIEU : _____ NATIONALITE : _____

ADRESSE ACTUELLE : _____

_____ TEL : _____

POURRA-T-IL (ELLE) Y RETOURNER A SA SORTIE : **OUI** **NON ***

SI NON, QUEL PROJET D'HEBERGEMENT A LA SORTIE : _____

EST-IL (ELLE) BENEFICIAIRE D'UNE MESURE DE PROTECTION
(Tutelle, Curatelle simple ou renforcée) ? : **OUI** **NON ***

SI OUI : NOM - ADRESSE - ORGANISME : _____

_____ TEL : _____

Si nécessaire fiche d'autorisation médicale à remplir par le représentant légal

ENTOURAGE

NOM/PRENOM DU PERE : _____ Décédé : OUI NON *

NOM/PRENOM DE LA MERE : _____ Décédée : OUI NON *

ADRESSE DES PARENTS : _____

_____ TEL : _____

NOMBRE DE FRERES ET SŒURS : _____

SOUTIEN DE L'ENTOURAGE : OUI NON *

COMMENTAIRES : _____

SITUATION DE FAMILLE

CELIBATAIRE - MARIE(E) - VEUF(VE) - CONCUBINAGE - SEPRE(E) - DIVORCE(E)*

NOM/PRENOM DU CONJOINT : _____

NOMBRE D'ENFANTS : _____ AGE ET SEXE : _____

SOUTIEN DE LA FAMILLE : OUI NON *

COMMENTAIRES : _____

SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

NIVEAU SCOLAIRE : _____

DIPLOMES : _____

FORMATIONS : _____

PROFESSION : _____

SITUATION ACTUELLE :

SALARIE DEPUIS LE : _____

PROFESSION EXERCEE : _____

DEMANDEUR D'EMPLOI DEPUIS LE : _____

TITULAIRE D'UNE PENSION D'INVALIDITE DEPUIS LE : _____

TITULAIRE D'UNE ALLOCATION ADULTE HANDICAPE DEPUIS LE : _____

TITULAIRE DU RSA DEPUIS LE : _____

AUTRES : _____

COMMENTAIRES : _____

ANTECEDENTS JUDICIAIRES :

OUI

NON *

SI OUI, PRECISEZ EN LA NATURE : _____

DEMARCHES EN COURS :

OUI

NON *

SI OUI, PRECISEZ EN LA NATURE : _____

COMMENTAIRES : _____

ORGANISMES DE PRISE EN CHARGE

SECURITE SOCIALE - MUTUALITE AGRICOLE (MSA) – AUTRE *

N° DE SECURITE SOCIALE : _____

SI AUTRE ORGANISME, VEUILLEZ PRECISER : _____

PRISE EN CHARGE MUTUELLE :

OUI

NON *

COMPLEMENTAIRE MUTUELLE UNIVERSELLE (CMU)

OUI

NON *

SI OUI, NOM ET ADRESSE DE L'ORGANISME : _____

TEL : _____

NUMERO D' ADHERENT(E) : _____

COMMENTAIRES : _____

Joindre la photocopie recto-verso de la carte adhérent(e).

* ENTOURER LA REPONSE

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE ET/OU A PREVENIR

La « **personne de confiance** » ne doit pas être confondue avec la « **personne à prévenir**. »

En effet, **les informations** qui peuvent être communiquées à la **personne à prévenir** sont **limitées** et ne peuvent en aucun cas se situer dans le champ des informations couvertes par le secret médical et professionnel.

A l'inverse, **les informations** pouvant être communiquées à la **personne de confiance** sont **les mêmes que celles qui le sont au patient**. Cette désignation se fait par écrit en remplissant le formulaire ci-dessous et vous serez libre de modifier voire de révoquer, par écrit, cette désignation au cours de votre séjour.

ATTENTION : La personne de confiance désignée doit cosigner le formulaire

PERSONNE A PREVENIR : _____

Nature du lien : _____

TEL : _____

Formulaire de désignation de la personne de confiance

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....

nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénoms :

Adresse :

Téléphone privé : professionnel : portable :

E-mail :

→ Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non

→ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait à : le :

Signature

Signature de la personne de confiance

DOSSIER MEDICAL

NOM : _____ PRENOM _____

NOM DE JEUNE FILLE : _____ DATE DE NAISSANCE: _____

LIEU : _____ NATIONALITE : _____

ADRESSE ACTUELLE : _____

_____ TEL : _____

COORDONNEES PRECISES DU MEDECIN ADRESSEUR : _____

_____ TEL : _____

COORDONNEES PRECISES DU MEDECIN TRAITANT : _____

_____ TEL : _____

ANAMNESE MEDICALE DU PATIENT :

HISTOIRE DE LA DEPENDANCE A L'ALCOOL :

HOSPITALISATIONS PRECEDENTES (date, durée de séjour, durée de maintien de l'abstinence...)

LE PATIENT ACCEPTE-T-IL SA DEPENDANCE A L'ALCOOL :

OUI

NON *

EST-IL SUFFISAMMENT INFORME SUR CE QUEST UN SOIN DE SUITE ET DE READAPTATION EN ADDICTOLOGIE (SSR-A) : **OUI** **NON ***

A-T-IL(ELLE) EFFECTUE D'AUTRES SEJOURS EN SSR-A : **OUI** **NON ***

SI OUI, LIEU ET DATE : _____

EST-IL(ELLE) DEJA VENU(E) AU CENTRE ARMANCON : **OUI** **NON ***

SI OUI, INDIQUEZ LA DATE ET LA DUREE DU SEJOUR : _____

Compléter le fiche « Renseignements à fournir pour une réadmission »

PERSONNALITE ET TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES EVENTUELS

PERSONNALITE DU PATIENT : _____

EXISTE-T-IL DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE : **OUI** **NON ***

SI OUI, LESQUELS : _____

EXISTE-T-IL DES ANTECEDENTS SUICIDAIRES : **OUI** **NON ***

SI OUI, QUAND ET COMMENT : _____

EXISTE-T-IL D'AUTRES DEPENDANCES :

TABACOLOGIQUE **OUI** **NON ***

CANNABIS **OUI** **NON ***

HEROINE **OUI** **NON ***

COCAINE **OUI** **NON ***

LSD **OUI** **NON ***

AUTRES **OUI** **NON ***

* ENTOURER LA REPONSE

PRECISEZ LE PROTOCOLE DE SUBSTITUTION : _____

COMMENTAIRES : _____

TRAITEMENT EN COURS

NEUROLEPTIQUES	OUI	NON *
ANTIDEPRESSEURS	OUI	NON *
ANXIOLYTIQUES	OUI	NON *
HYPNOTIQUES	OUI	NON *
ANTIPILEPTIQUES	OUI	NON *
MORPHINIQUES	OUI	NON *

* ENTOURER LA REPONSE

SI OUI, INDIQUEZ LE NOM ET LA POSOLOGIE PAR CHAQUE TYPE DE TRAITEMENT :

(JOINDRE LE PLAN DE SOIN DU PATIENT)

ETAT SOMATIQUE DU PATIENT

ANTECEDENTS MEDICAUX : _____

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX : _____

ANTECEDENTS ANDROLOGIQUES/GYNECOLOGIQUES : _____

SITUATION SOMATIQUE ACTUELLE : _____

BILAN HEPATIQUE ET HIV : _____

PRECISEZ SI NECESSAIRE LE TRAITEMENT EN COURS : _____

SON ETAT PHYSIQUE OU PSYCHIQUE CONTRE INDIQUE-T-IL UNE DES ACTIVITES PROPOSEES DANS NOTRE ETABLISSEMENT :

OUI

NON *

SI OUI, LESQUELLES : _____

* ENTOURER LA REPONSE

PROJET DE VIE A LA SORTIE : _____

**SOUHAITEZ-VOUS ETRE INFORME DE LA DATE DE SORTIE DU PATIENT POUR POUVOIR
REPRENDRE DES RENDEZ-VOUS DE SUIVI AMBULATOIRE : OUI NON ***

COMMENTAIRES : _____

* ENTOURER LA REPONSE

JOINDRE UNE LETTRE DE MOTIVATION DU PATIENT.

JOINDRE A CE QUESTIONNAIRE UN COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Nous insistons sur la nécessité qu'il y a à remplir, avec la plus grande précision et **lisiblement**, le document que vous voudrez bien adresser impersonnellement à l'équipe médicale du Centre.

Merci de votre confiance.

DOCTEUR A. NAAL
Médecin Psychiatre - Addictologue

DOCTEUR M. CHALARD
Médecin Addictologue

ATTENTION

Dans le cadre d'un transfert hospitalier, nous retourner impérativement le certificat médical ci-dessous, dûment complété par le médecin du service, afin d'établir le formulaire S.P. 30 par notre service admission.

Je soussigné, Docteur _____, certifie que l'état de santé de _____ nécessite un séjour en soin de suite et de réadaptation au Centre Armançon de Migennes (89) pour une durée de _____.

Fait le _____ à _____

Cachet et Signature :

A compléter et à retourner

ACCORD DE RESEAU ADDICTOLOGIE

Dans le cas où le Centre Armançon SMR-A ne serait pas adapté ou plus adapté à la situation personnelle, physique, psychique ou sociale de

Monsieur/ Madame : _____

NOUS (Nom de l'établissement adresseur) _____

NOUS NOUS ENGAGEONS A LE/LA REPENDRE DANS NOS SERVICES DANS LES PLUS BREF DELAIS AFIN DE PERMETTRE LA CONTINUITE DES SOINS

FAIT LE _____ A _____

Tampon de l'établissement et Signature :

FICHE DE RENSEIGNEMENT A FOURNIR POUR UNE READMISSION

NOM : _____ Prénom : _____

- **Durée de l'abstinence après la sortie du dernier séjour :**

- **Le patient avait-il/elle conservé un suivi ambulatoire après son séjour :**

OUI

NON *

Si oui, lequel : _____

- **Motivations de la nouvelle demande**

- **Projets à la sortie**

* ENTOURER LA REPONSE

**FICHE D'AUTORISATION MEDICALE DE SOINS THERAPEUTIQUES
AU CENTRE ARMANCON**

Je soussigné(e) _____
agissant en qualité de Curateur(trice) – Tuteur(trice) * de _____
_____ **autorise le service médical du Centre
Armançon à prendre toute disposition [soins, hospitalisation, interventions chirurgicale]
en cas d'urgence et de nécessité, à charge à ce dernier d'en informer le Curateur(trice) –
Tuteur(trice) * et de recueillir l'autorisation du majeur si celui-ci peut valablement
consentir.**

Fait le _____ **à** _____

Signature :

* Rayer la mention inutile



SMR Addictologie

AIHP - Centre Armançon

18 Bis, rue Pierre Sépard – 89400 MIGENNES

☎ 03 86 80 24 55 Fax : 03 86 92 91 73

DEROULEMENT DU SEJOUR

Toute admission s'effectue les lundis entre 8h et 12h

La personne est accueillie par l'équipe soignante. Après son admission administrative, l'équipe lui attribuera une chambre et lui fera visiter l'établissement. Toute personne souhaitant réaliser un séjour au Centre Armançon s'engage dans **un premier contrat de soin d'une durée de cinq semaines minimum avec une possibilité de prolongation sur accord de l'équipe soignante et sur lettre de motivation.**

Toute la **première semaine** de présence sera consacrée à la rencontre de l'équipe, des autres personnes hospitalisées, à la reconnaissance des lieux, locaux ainsi qu'à la présentation du programme thérapeutique. C'est une semaine d'observation et d'échange aussi bien pour le/la patiente que pour l'équipe afin de permettre une alliance thérapeutique et un projet de soin individualisé adapté.

Durant cette période le/la patiente ne sera pas autorisé(e) à sortir de l'établissement seul(e) et non accompagné(e) d'un membre de l'équipe. Toutefois il/elle pourra recevoir des visites selon des horaires bien définies.

L'équipe soignante est composée d'un médecin addictologue, d'un médecin psychiatre, de psychologues, neuropsychologue, infirmières, aides-soignants, aide médico-psychologique, assistante sociale, éducateurs sportifs, éducateurs techniques spécialisés.

LE STAGE

Les **quatre semaines suivantes** seront consacrées au programme thérapeutique en lui-même et aura pour but de permettre aux patients de discerner les causes et dommages de la conduite de dépendance et d'y apporter solutions, stratégies d'adaptation et changement.

Une approche bio-psycho-sociale de groupe et individuelle, selon deux axes principaux : le corps et l'esprit, sera alors à la base de toute intervention de l'équipe soignante à travers des groupes de paroles, des vidéos-débats, des activités sportives, des groupes d'affirmation de soi, des groupes de préparation à la sortie, des groupes d'art-thérapie mais également, des entretiens individuels avec médecin, psychologue et thérapeute familiale.

Quatre modules seront alors développés avec 7 heures d'activité par jour :

- Module Addictologie
- Module Communication
- Module Réadaptation
- Module Systémie

PROLONGATION

Au-delà du premier contrat de soin de cinq semaines et après étude de la lettre de motivation de prolongation avec avis favorable de l'équipe soignante, le/la patient(e) pourra [accéder aux ateliers d'ergo-thérapeutiques tels que la métallerie, la menuiserie, l'horticulture ou le bar thérapeutique.](#)

Toutes les activités de groupe et entretiens individuels présents lors des cinq premières semaines seront reconduits tout au long du séjour.

Rappel : PIECES A FOURNIR POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER

- Dossier d'admission rempli, daté et signé.
- Le traitement médical.
- Une attestation papier de la carte vitale de Sécurité Sociale.
- Une photocopie recto verso de la Carte de Mutuelle.
- Accord de réseau addictologie complété et signé
- Lettre de motivation du patient

Dans cette attente, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à nos sentiments distingués.

L'EQUIPE SOIGNANTE

Dossier à retourner par courrier ou par fax au 03 86 92 91 73

