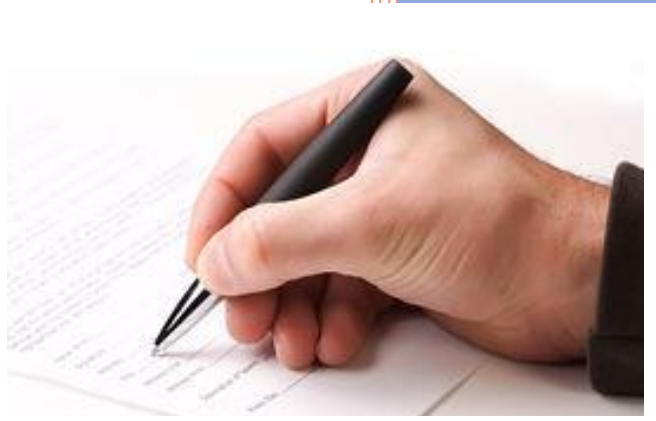




# FORMULAIRE DEMANDE D'ADMISSION



CENTRE ARMANÇON  
18 bis, Rue Pierre Sépard  
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](mailto: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.**

## DEROULEMENT DU SEJOUR

**Les admissions sont privilégiées les lundis et mardis.  
La date d'admission sera communiquée par notre service.**

La personne est admise par l'équipe soignante. Après son admission administrative, l'équipe lui attribuera une chambre et lui fera visiter l'établissement. Une consultation médicale a lieu dès l'admission.

Toute personne souhaitant réaliser un séjour au Centre Armançon s'engage par un **contrat de soins d'une durée de cinq semaines minimums avec une possibilité de prolongation sur accord de l'équipe soignante.**

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'observations et d'échanges aussi bien pour le/la patiente que pour l'équipe afin de permettre une alliance thérapeutique et un projet de soins 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 définies dans le règlement intérieur.

L'équipe soignante est composée d'un médecin addictologue, d'un médecin psychiatre, d'un médecin généraliste, de psychologues, infirmières, aides-soignants, assistante de service social, éducateur sportif, éducateurs techniques spécialisés et moniteur d'atelier.

## 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 des solutions ; des stratégies d'adaptation et changement.

Nous intervenons dans une approche bio-psycho-sociale de groupe et individuelle à travers des groupes de paroles, des vidéos-débats, des activités sportives, des groupes d'affirmation de soi, sophrologie, musico thérapie, des groupes de préparation à la sortie mais également, des entretiens individuels avec médecin, psychologue, IDE.

Quatre modules seront alors développés :

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

## PROLONGATION

Au-delà du premier contrat de soins de cinq semaines et après avis favorable de l'équipe soignante, le/la patient(e) pourra participer :

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| -à l'atelier horticole,          | -au bar thérapeutique,           |
| -aux séances d'art thérapie,     | -à l'atelier d'écriture,         |
| -au groupe ressourcer son soi,   | -aux séances de musico thérapie, |
| -au groupe retour de permission, | -à l'atelier mémoire.            |



**SMR - Addictologie**  
**AIHP - Centre Armançon**  
**18 Bis, rue Pierre Sépard – 89400 MIGENNES**  
**☎ 03 86 80 24 55 Fax : 03 86 92 91 73**

**ORIGINE DE LA DEMANDE**

DATE DE LA DEMANDE : \_\_\_\_\_

PRECEDENTES HOSPITALISATIONS AU CENTRE ARMANCON :  OUI     NON

SI OUI, DATES d'HOSPITALISATIONS :

SERVICE A L'ORIGINE DE LA DEMANDE :

\_\_\_\_\_

LIEU : \_\_\_\_\_

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

HOSPITALISATION EN COURS :  OUI     NON

Depuis quand : \_\_\_\_\_

Durée prévue du séjour : \_\_\_\_\_

Lieux d'hospitalisation : \_\_\_\_\_

MEDECIN ADRESSEUR : \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

ASSISTANTE SOCIALE : \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

COMMENTAIRES :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ETAT CIVIL

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_

ADRESSE ACTUELLE :

---

---

---

---

S'AGIT-IL :       DE SON DOMICILE                       D'UN LIEU D'HEBERGEMENT

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

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

---

---

---

## ENTOURAGE

SOUTIEN DE L'ENTOURAGE :     OUI                       NON

COMMENTAIRES :

---

---

## SITUATION DE FAMILLE

CELIBATAIRE

MARIE(E)

PACSE(E)

VEUF(VE)

SEPRE(E)

DIVORCE(E)

CONCUBINAGE

NOM/PRENOM DU CONJOINT : \_\_\_\_\_

ENFANTS :     OUI                       NON      Si OUI, combien : \_\_\_\_\_

A CHARGE :  OUI                       NON

## SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

SCOLARITE (diplômes, formations, niveau scolaire...) :

---

---

---

### SITUATION ACTUELLE :

SALARIE DEPUIS LE \_\_\_\_\_

PROFESSION EXERCEE :

---

DEMANDEUR D'EMPLOI DEPUIS LE : \_\_\_\_\_

→ Inscrit(e) Pôle Emploi :  OUI  NON

→ Indemnisé(e) :  OUI  NON

TITULAIRE D'UNE PENSION D'INVALIDITE DEPUIS LE : \_\_\_\_\_

TITULAIRE D'UNE ALLOCATION ADULTE HANDICAPE DEPUIS LE : \_\_\_\_\_

TITULAIRE DU RSA DEPUIS LE : \_\_\_\_\_

AUTRES

COMMENTAIRES (et démarches en cours) :

---

---

## PROCEDURES ET MESURES JUDICIAIRES EN COURS

### MESURE JUDICIAIRES DE PROTECTION DES MAJEURS :

ETES-VOUS BENEFICIAIRE D'UNE MESURE DE PROTECTION  
(Tutelle, Curatelle simple ou renforcée) ? :  OUI  NON

Tutelle  Curatelle simple  Curatelle renforcée  Sauvegarde de justice

Si OUI, valable jusqu'au : \_\_\_\_\_

Coordonnées de l'organisme/personne mandaté(e) :

---

---

TEL : \_\_\_\_\_

ANTECEDENTS ET MESURES JUDICIAIRES :  OUI  NON

**SI OUI**, PRECISEZ LA NATURE :

---

---

---

SUIVI JUDICIAIRE :  OUI  NON

**SI OUI**, PRECISEZ LA NATURE (socio-judiciaire, PE, SPIP, PSEM...) :

---

DEMARCHES EN COURS :  OUI  NON

**SI OUI**, PRECISEZ LA NATURE (exemple dates d'audience...) :

---

---

---

COMMENTAIRES :

---

---

### ORGANISMES DE PRISE EN CHARGE

N° DE SECURITE SOCIALE : \_\_\_\_\_

CPAM  MSA  AUTRE

SI AUTRE ORGANISME, VEUILLEZ PRECISER : \_\_\_\_\_

MUTUELLE :  OUI  NON

DATE DE FIN DE VALIDITE: \_\_\_\_\_

**Joindre la photocopie recto-verso de la carte 1/3 PAYANT**

COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE :  OUI  NON

DATE DE FIN DE VALIDITE: \_\_\_\_\_

RENOUVELLEMENT EN COURS:  OUI  NON

**Joindre la photocopie recto-verso de l'attestation de droits CSS.**

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**

## 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**  
**De préférence à saisir informatiquement**  
**(Sans abréviations)**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_\_\_\_

COORDONNEES PRECISES DU MEDECIN ADRESSEUR :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

COORDONNEES PRECISES DU MEDECIN TRAITANT :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

ANTECEDENTS ADDICTOLOGIQUES :

➤ **Alcool :**

Perte de contrôle des consommations depuis : \_\_\_\_\_

Consommation actuelle (type et quantité) : \_\_\_\_\_

➤ **Tabac :**

Consommation actuelle (Type et quantité) : \_\_\_\_\_

Prises en charges (traitement de substitution, suivi ambulatoire) :

\_\_\_\_\_

➤ **Cannabis :**

Consommation depuis : \_\_\_\_\_

Consommation actuelle (type et quantité) : \_\_\_\_\_

➤ **Cocaïne :**

Consommation depuis : \_\_\_\_\_

Consommation actuelle (type et quantité) : \_\_\_\_\_

➤ **Opiacées :**

Consommation depuis \_\_\_\_\_

Consommation actuelle (type et quantité) : \_\_\_\_\_

Traitement de substitution : \_\_\_\_\_

➤ **Ecstasy / MDMA :**

Consommation depuis : \_\_\_\_\_

Consommation actuelle (type et quantité) : \_\_\_\_\_

➤ **Médicaments Psychotropes :**

Consommation depuis : \_\_\_\_\_

Consommation actuelle (type et quantité) : \_\_\_\_\_

➤ **Autres produits (préciser lesquels) :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

➤ **Addictions sans produits :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Séjours hospitaliers antérieurs : lieux, dates et durées d'abstinence ou décours.**

Cures :

- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_

Postcures :

- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_

**Suivi ambulatoire :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES : PERSONNALITE ET TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES  
EVENTUELS

Diagnostics :

---

Hospitalisations :

---

Dates et lieux :

---

Suivis ambulatoires :

---

EXISTE-T-IL DES ANTECEDENTS SUICIDAIRES :

OUI

NON

**SI OUI, PRECISEZ** (date et circonstances) :

---

---

---

EXISTE-T-IL DES TROUBLES DU COMPORTEMENT :

OUI

NON

**SI OUI, LESQUELS :**

---

---

---

---

---

TRAITEMENT EN COURS : **Joindre le PLAN DE SOIN ou l'ORDONNANCE du PATIENT (moins de 3 mois).**

**ANTECEDENTS MEDICAUX :**

---

---

---

---

**ALLERGIES (préciser) :**

---

---

---

---

**ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :**

---

---

---

---

**ANTECEDENTS ANDROLOGIQUES/GYNECOLOGIQUES :**

---

---

---

---

**ETAT ACTUEL DU PATIENT (SOMATIQUE, PSYCHIATRIQUE) :**

---

---

---

---

Le patient présente – t – il des troubles cognitifs ?

OUI

NON

Si **OUI**, préciser (joindre compte-rendu) :

---

---

---

---

---

**DERNIERS RESULTATS DE BILAN SANGUIN (dont : bilan hépatique, hiv, hépatite B et C...) Joindre le bilan.** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Y A-T-IL DES EXAMENS ET/OU CONSULTATIONS SPECIALISEES PREVUS POUR LE PATIENT DANS LES 2 MOIS A VENIR ?**

OUI

NON

Si **OUI**, préciser lesquels et où :

---

---

---

**JOINDRE UNE LETTRE DE MOTIVATION DU PATIENT.**

**JOINDRE, SI POSSIBLE, LE/LES COMPTE(S) RENDU(S) 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 à l'équipe médicale du Centre.

Merci de votre confiance.

**DOCTEUR A. NAAL**  
Médecin Psychiatre - Addictologue

**DOCTEUR M. CHALARD**  
Médecin Addictologue

**DOCTEUR P. VINCENT**  
Médecin Généraliste

**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 ENGAGEONS A LE/LA REPRENDRE DANS NOS SERVICES DANS LES PLUS BREFS DELAIS  
AFIN DE PERMETTRE LA CONTINUITE DES SOINS

FAIT, LE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Tampon de l'établissement et Signature :



**SMR Addictologie**  
**AIHP - Centre Armançon**  
**18 Bis, rue Pierre Sépard – 89400 MIGENNES**  
**☎ 03 86 80 24 55 - Fax : 03 86 92 91 73**

**Rappel : Liste des documents administratifs et médicaux à fournir obligatoirement pour l'instruction du dossier de demande d'admission**

#### **ETAT CIVIL**

- Copie recto/verso d'une pièce d'identité en cours de validité (Carte Nationale d'Identité, passeport...)

#### **ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE**

- Attestation de la Carte Vitale (droits à jour).
- Notification de prise en charge à 100% de l'Affection Longue Durée (A.L.D.).

#### **ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE**

- Copie recto/verso de la Carte de Mutuelle en cours de validité.
- Attestation de droit à la Complémentaire Santé Solidaire en cours de validité.

#### **HEBERGEMENT**

- Attestation du tiers hébergeur (personne/structure) avec mention de l'engagement de reprise à la sortie d'hospitalisation
- Copie recto/verso de la pièce d'identité du tiers hébergeur (Carte Nationale d'Identité, passeport...) en cours de validité.
- Justificatif de domicile du tiers hébergeur (facture fournisseur d'accès internet, électricité, gaz, eau...)

#### **AUTRES**

- Désignation de la personne de confiance signée.
- Lettre de motivation.

#### **DOCUMENTS MEDICAUX**

- Accord de réseau addictologie (complété et signé par le médecin du service adresseur).
- Ordonnance/plan de soins en cours.

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

**L'EQUIPE SOIGNANTE.**

**Dossier à retourner prioritairement par mail : [smed@centre-armancon.fr](mailto:smed@centre-armancon.fr)  
ou par fax au 03 86 92 91 73**