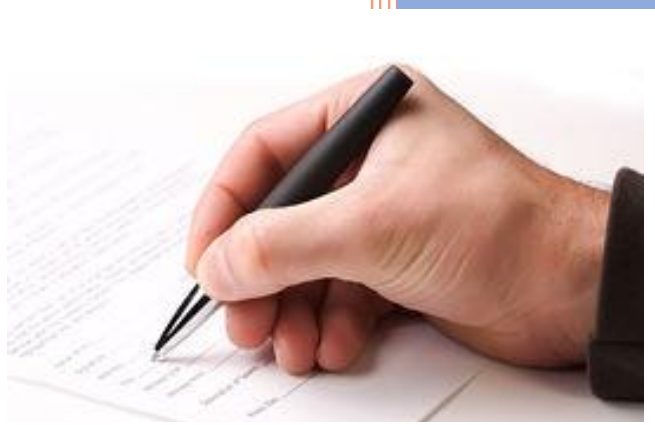




FORMULAIRE DEMANDE D'ADMISSION



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

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 Séward – 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 D.DEFER
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
ou par fax au 03 86 92 91 73**