



**SERVICE D'ADDICTOLOGIE
" LES SOURCES "
DOSSIER D'ADMISSION**

Centre Hospitalier Marguerite de Lorraine
Rue de Longny
61400 MORTAGNE AU PERCHE
Service d'addictologie Les Sources
Tél : 02.33.83.42.77

Madame, Monsieur,

Dans le souci d'optimiser votre prise en charge médicale et sociale durant votre séjour dans le service, nous vous invitons à remplir avec précision le dossier ci-joint et de nous communiquer les documents demandés à l'adresse suivante :

***Secrétariat du service d'Addictologie
Centre Hospitalier Marguerite de Lorraine
Rue de Longny
61400 Mortagne au Perche
Ou par fax au 02.33.83.40.59
Ou par mail : sources.sec2@ch-mortagne.fr***

Selon les éléments fournis :

- Un rendez-vous en consultation avec un médecin du service peut vous être proposé.*
- Un membre de l'équipe peut vous contacter par téléphone avant votre admission pour plus de renseignements.*

Vous en remerciant par avance, nous vous prions d'agréer nos salutations distinguées.

L'équipe du service d'addictologie « Les Sources »

DOCUMENTS A JOINDRE À VOTRE DEMANDE :

- Une copie de votre carte d'identité.
- Une copie de votre mutuelle en cours de validité.
- Une attestation de vos droits (CPAM, MSA, CMU...)
- Le formulaire de la personne de confiance (*page 11*)
- L'engagement du patient daté et signé (*page 12*)
- L'engagement d'hébergement si besoin (*page 13*)
- Le motif d'exonération au titre d'une ALD si vous êtes concernés auprès de votre caisse d'assurance maladie, en adressant au Médecin Conseil une demande écrite et en joignant une copie de votre carte d'identité recto/verso.
- Le questionnaire « Vous et les substances addictives » complété (*page 14*)

CONSEILS DU SERVICE SOCIAL :

Dans les 48 heures qui suivent votre entrée et afin de faire valoir vos droits aux indemnités journalières, vous devrez faire parvenir un bulletin de situation :

- **Si vous êtes salarié** : 1 à votre employeur et 1 à votre caisse de sécurité sociale.
- **Si vous êtes indemnisé par Pôle Emploi**, vous devez le signaler. Durant l'hospitalisation, vos indemnités Pôle Emploi seront suspendues.

Vous devez donc déposer une demande d'indemnités journalières maladie auprès de votre caisse d'assurance maladie. Vous devez fournir :

- Les attestations des périodes indemnisées par Pôle Emploi.
 - Les 4 derniers bulletins de salaire qui précèdent la période de chômage.
 - Une attestation sur l'honneur (formulaire à retirer auprès de votre caisse).
 - Le bulletin de situation.
- **Si vous êtes bénéficiaire du RSA ou de l'AAH**, un bulletin de situation devra également être adressé à votre organisme payeur.

Pour information, il est possible d'obtenir un rendez-vous avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Alençon au sein même du Centre Hospitalier.

FICHE ADMINISTRATIVE

Nom de naissance : _____
Nom usuel : _____
Prénom : _____
Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____
Nationalité : _____
Adresse actuelle : _____

Téléphone fixe : ____/____/____/____/____
Téléphone portable : ____/____/____/____/____

Nom du Médecin traitant : _____
Tél : ____/____/____/____/____
Adresse : _____

Droits ouverts à

- Sécurité sociale
- MSA
- Autre

N° immatriculation : _____
Adresse de la caisse : _____
Droits jusqu'au : ____/____/____
Etes-vous bénéficiaire d'une ALD ?

- Non
- Oui à 100%
- Oui à 80%

Si oui, est-ce en rapport avec la dépendance alcoolique ? Oui Non
Si oui, merci de nous retourner le formulaire page 14, complété et signé.

Mutuelle

Il est impératif de vérifier auprès de votre mutuelle les conditions et la durée de prise en charge pour un séjour en établissement de soins de suite à discipline 214

Nom : _____
N° Adhérent : _____
Adresse de la caisse : _____

Prise en charge de la discipline 214 Oui Non
Si oui, pour quelle durée : _____jours

Prise en charge du forfait journalier Oui Non
Si oui, pour quelle durée : _____jours

FICHE SOCIO-PROFESSIONNELLE

SITUATION FAMILIALE

- Célibataire Marié (e) Divorcé (e) Séparé(e)
 Veuf/ veuve Concubinage Pacsé(e)

Depuis le : _____

Nombre d'enfants : _____ Nombre d'enfants à charge : _____

Prénom, âge et situation des enfants :

Profession du conjoint : _____

SITUATION PROFESSIONNELLE

Niveau d'études :

- Non scolarisé(e) Primaire
 Collège / BEP/ CAP Lycée enseignement général ou technique
 Enseignements supérieur (> terminale)

Profession :

Activité salariée : Oui Non

Arrêt de travail : Oui Non

Inscrit à Pôle Emploi : Oui Non

Métiers exercés :

SITUATION FINANCIERE

- Salaire Depuis le ____ / ____ / ____
 Chômage Depuis le ____ / ____ / ____
 RSA Depuis le ____ / ____ / ____
 Pension invalidité Depuis le ____ / ____ / ____
 AAH Depuis le ____ / ____ / ____
 Retraite Depuis le ____ / ____ / ____
 Indemnités journalières Depuis le ____ / ____ / ____

Dossier de surendettement : Oui Non

LOGEMENT

- Propriétaire Locataire appartement maison
 Hébergé(e) à titre gratuit* Foyer* sans domicile fixe*

(fournir une lettre d'engagement d'hébergement pour ces trois situations)*

Démarches en cours pour un relogement : oui non

Nécessité d'un hébergement social après la cure : oui non

Nombre de personne vivant dans le logement : _____

SUIVI SOCIAL

Etes-vous suivi(e) par un service social ? Oui Non

Si oui : Nom du professionnel : _____

 Adresse : _____

ANTECEDENTS JUDICIAIRES

- Aucun Prison Sursis Mise à l'épreuve

Si oui, préciser si mesure en cours : _____

Si suivi SPIP :

 Adresse du service : _____

 Nom du référent : _____

Avez-vous le permis de conduire ? Oui Non

Si non, Annulation Suspension

Autre : _____

Merci de prendre quelques minutes pour répondre au questionnaire « Vous et les substances addictives » situé page 14.

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

Chère consœur, cher confrère,

Pour une bonne coordination des soins, merci de remplir ce document.

Dès réception du dossier et des éléments demandés et après l'avis de la commission de pré-admission, une réponse vous sera transmise dans les plus brefs délais.

En vous remerciant de votre confiance.

Bien confraternellement.

L'équipe médicale du service d'addictologie

Patient(e) orientée(e) par :

1/ Etablissement de Santé : _____

Adresse : _____

Tél : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Fax : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

E-mail : _____

Si le (la) patient(e) est hospitalisé(e) :

Depuis quelle date : ___ / ___ / ___

Sortie prévue le : ___ / ___ / ___

Le motif de l'hospitalisation : _____

2/ Médecin : _____

Spécialité : _____

Adresse : _____

Tél : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Fax : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

E-mail : _____

HISTOIRE DE LA MALADIE ALCOOLIQUE

Ancienneté

Circonstances de début

Éléments aggravants

Consommation

Antécédents de soins (dates et lieux)

Antécédents familiaux

Antécédents médicaux

Antécédents chirurgicaux

Antécédents allergiques

Antécédents psychiatriques

Antécédents neurologiques

Autres addictions

Tabac : Oui Non
Drogues : Oui Non
Patient sous traitement de substitution ? Oui Non
Si oui lequel : _____

Etat somatique actuel :

Taille : cm Poids : Kg

Examen cardio-vasculaire

Examen pulmonaire

Examen abdominal

Examen neurologique

Examen ORL

Traitement actuel

Conséquences médico-psycho-sociales de ses consommations

Le patient est-il apte :

Aux activités manuelles Oui Non
Activités sportives de remise en forme Oui Non

Le patient a-t-il des rendez-vous programmés : Oui Non
Si oui, lesquels et à quelle date :

**EXAMENS A REALISER SYSTEMATIQUEMENT
POUR TOUTE DEMANDE EN CURE ALCOOLOGIQUE**

BIOLOGIE

NFS
VS
CRP
IONOGRAMME
CREATININE
TP
GLYCEMIE
TRIGLYCERIDES
CHOLESTEROL HDL, LDL
ACIDE URIQUE
Transaminases SGOT SGPT
GAMMA GT
PHOSPHATASES ALCALINES
LIPASEMIE

datant de moins de 1 mois

SEROLOGIES Hépatite B, C, HIV et syphilis

datant de moins de 1an

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

datant de moins de 3 mois

RADIOGRAPHIE PULMONAIRE

*si fumeur, datant de moins de 6 mois
si non fumeur, datant de moins d'1 an*

Un ECG récent



**DESIGNATION DE LA
PERSONNE DE CONFIANCE**

02/06/2016

3 Pages

DPP2/PC/001/C

Formulaire de désignation de la personne de confiance (PDC)

Vous êtes une personne majeure et vous venez d'être admis(e) au Centre Hospitalier de Mortagne au Perche.

Vous avez la possibilité de désigner une personne de confiance. Il s'agit d'une personne majeure proche de vous (parents, amis, médecin traitant...) en qui vous avez confiance et à qui vous pourriez parler de vos choix en matière de santé.

Cela n'empêche pas que vous puissiez désigner une ou plusieurs autres personnes à prévenir en cas de besoin.

La personne de confiance peut vous accompagner dans vos démarches, elle peut assister aux entretiens médicaux (sans avoir accès à votre dossier médical) et vous aider dans les prises de décision concernant votre santé. Il ne lui sera pas communiqué les informations que vous souhaitez garder confidentielles et que vous aurez indiquées au médecin.

Elle est seulement consultée et ne se substitue pas à vous. Elle s'exprime en votre nom toujours selon vos instructions.

Elle deviendrait indispensable dans le cas où vous ne pourriez plus exprimer votre volonté et serait un interlocuteur privilégié pour l'équipe médicale.

Elle est désignée pour la durée de l'hospitalisation en remplissant le formulaire ci-joint et elle est révocable à tout moment par écrit, en le signalant aux soignants.

✂.....

Je soussigné(e) (Nom, Prénom)

Avoir pris connaissance des informations concernant la désignation de la personne de confiance.

Je désigne (Nom, Prénom)

Comme personne de confiance pour la durée de mon hospitalisation.

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

Signature du patient / du résident

Fait à :

Le :

✂.....

Je soussigné(e) (Nom, Prénom)

Certifie avoir pris connaissance de ma désignation en qualité de personne de confiance et l'accepter.

Certifie avoir pris connaissance de ma désignation et ne pas l'accepter.

Coordonnées de la personne de confiance :

Adresse :

Téléphone :

Fait à :

Le :

Signature de la personne de confiance

Information concernant la désignation de la personne de confiance
(à remettre à la personne désignée)

Vous avez été désignée comme personne de confiance par un proche au Centre Hospitalier de Mortagne au Perche.

Vous êtes donc une personne majeure proche du patient (parents, amis, médecin traitant...) en qui il a confiance et à qui il va pouvoir parler de ses choix en matière de santé.

Cela ne lui empêche pas de pouvoir désigner une ou plusieurs autres personnes à prévenir en cas de besoin.

En tant que personne de confiance, vous pouvez accompagner le patient dans ses démarches, assister aux entretiens médicaux (sans avoir accès à son dossier médical) et l'aider dans les prises de décision concernant sa santé. Il ne vous sera pas communiqué les informations que le patient souhaite garder confidentielles et qu'il aura indiquées au médecin.

Votre avis est seulement consultatif et ne se substitue pas à celui du patient. Vous vous exprimerez en son nom toujours selon ses instructions.

Ce rôle deviendrait indispensable dans le cas où le patient ne pourrait plus exprimer sa volonté et vous seriez un interlocuteur privilégié pour l'équipe médicale.

Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation. Elle est révocable à tout moment par le patient, par écrit, en le signalant aux soignants.

Après avoir pris connaissance des informations ci dessus, et après avoir échangé avec la personne qui vous a désigné, vous êtes invité à remplir le formulaire vous concernant pour accepter ou non cette désignation.



Centre Hospitalier
Marguerite de Lorraine
61400 Mortagne-au-Perche
N° Ets 610 780 124
N° Siret 266 100 536 00017

ENGAGEMENT DE L'INTERESSE

Je soussigné, M.....

1. *M'engage à régler le ticket modérateur (73.82 € tarif 2017 par jour) et le forfait journalier (18 € tarif 2017 par jour) si ma mutuelle refuse la prise en charge.*
2. *M'engage pour une hospitalisation dans le service d'addictologie « les Sources » d'une durée de quatre semaines.*

POUR OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DE VOS SOINS

3. *Donnez-vous l'autorisation pour :*

a- l'envoi de votre compte-rendu d'hospitalisation à votre médecin traitant et au praticien hospitalier qui vous a adressé dans notre service ?

OUI

NON

b- la demande des comptes rendus d'hospitalisation pour des séjours antérieurs dans d'autres structures ?

OUI

NON

c- la participation d'un membre de votre entourage (famille et/ou proches) à vos soins : rencontre avec l'équipe soignante, réunions entourages ?

OUI

NON

Noms et coordonnées de votre entourage :

*Date et signature :
Précédée de la mention
« lu et approuvé »*



Centre Hospitalier
Marguerite de Lorraine
61400 Mortagne-au-Perche
N° Ets 610 780 124
N° Siret 266 100 536 00017

Objet : attestation sur l'honneur d'hébergement.

Je soussigné(e) Madame, Monsieur, _____
déclare sur l'honneur héberger Madame, Monsieur, _____
né(e) le ____/____/____ à mon domicile situé au :

Je m'engage à héberger Madame, Monsieur _____, à sa sortie
d'hospitalisation.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature :



NOM :

PRENOM :

DATE : ____/____/____

QUESTIONNAIRE INDISPENSABLE A VOS SOINS.

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande de prise en soins par le service d'addictologie « Les Sources », nous vous proposons de répondre à ce questionnaire à la fois pour **vous** amener à réfléchir sur vos consommations et pour **nous** permettre de mieux vous connaître. Dans un objectif de pouvoir vous proposer un parcours de soin individualisé.

L'équipe du service d'addictologie « Les Sources ».

VOUS ET LES SUBSTANCES ADDICTIVES

- Listez les différentes substances addictives que vous avez consommées, expérimentées ou arrêtées (cannabis, héroïne, alcool, tabac, médicament, etc....) et les classez selon l'importance qu'elle(s) occupe(ent) dans votre vie.**

.....

.....

.....

.....

.....

2. Pouvez-vous remplir ce tableau pour déterminer la chronologie de vos consommations toutes substances confondues (début, augmentation, diminution, arrêt,...)

	Alcool	Tabac	Autre substance consommée :
<p>Age du 1^{er} contact avec le produit.</p> <p>Dans quel contexte?</p> <p>Comment et pour quels effets recherchés?</p>			
<p>Chronologiquement comment ont évoluées vos consommations :</p> <p>Périodes d'augmentation...</p> <p>Période d'abstinence...</p> <p>Période de diminution...</p> <p>Effets recherchés</p>			
<p>Et aujourd'hui comment vous pouvez décrire vos consommations</p>			

3. Quels soins avez-vous déjà fait ? (Dates, lieux, vécus et commentaires)

Sevrage seul :
.....
.....

Sevrage médicalisé ou ambulatoire :
.....
.....

Suivi ambulatoire :
.....
.....

Association d'entraide :
.....
.....

Cure :
.....
.....

Post cure :
.....
.....

Autre :
.....
.....

4. Ces consommations ont-elles eu des conséquences sur :

Sur votre santé & votre corps :
.....
.....

Sur votre vie familiale :
.....
.....

Sur vos relations (amis, voisins, autres parents) :

.....
.....

Sur le plan professionnel :

.....
.....

Sur votre situation financière & sociale :

.....
.....

Sur le plan de la loi (police, justice)

.....
.....

Autre :

.....
.....

5. Vos consommations vous ont-elles inquiétées ? OUI NON Si oui à quel moment et pourquoi ?

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

6. Quels sont pour vous les avantages et les inconvénients à CONSOMMER ces substances ? Coter de 0 à 10 chaque réponse selon son importance.

Substance	Avantages	Note	Inconvénients	Note
	Total des notes		Total des notes	
	Total des notes		Total des notes	
	Total des notes		Total des notes	

7. Quels seraient pour vous les avantages et les inconvénients à ARRETER ces substances ? Coter de 0 à 10 chaque réponse selon son importance.

Substance	Avantages	Note	Inconvénients	Note
	Total des notes		Total des notes	
	Total des notes		Total des notes	
	Total des notes		Total des notes	

8. Souhaitez-vous changer vos consommations ? OUI NON

9. Si oui quels changements envisagez-vous pour chaque substance? (modération, arrêt complet, consommation occasionnelle, autre)

.....

.....

.....

.....

10. Avez-vous pu mettre en place des stratégies pour changer vos consommations?

OUI

NON

Si oui lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

11. Quelles ont été les stratégies les plus aidantes pour vous ?

.....

.....

.....

.....

12. Si vous avez connu une période d'arrêt des consommations, qu'est ce qui a entraîné la reprise ? Y-a-t-il eu compensation par une autre substance ? Si oui laquelle ?

.....

.....

.....

.....

.....

13. Qu'est ce qui vous a maintenant décidé à entreprendre votre démarche de soins?

.....

.....

.....

.....

14. Pourquoi avoir choisi notre structure de soin ?

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

15. Quelles sont vos attentes et vos objectifs de cette prise en soin ?

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