



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

Service Les Sources DOSSIER D'ADMISSION

Madame, Monsieur,

Dans le souci d'optimiser votre prise en charge sociale et médicale 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 Les Sources
Centre Hospitalier Marguerite de Lorraine
9 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 et par commodité :

- 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 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*)
- La demande de communication du motif d'exonération au titre d'une ALD si vous êtes concernés (*page 14*)
- Une lettre de motivation du patient, retraçant les motivations, les projets (logement, famille, emploi...) et le suivi envisagé après la cure.

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**, un bulletin de situation devra également être adressé à votre organisme payeur.
- Même chose, **si vous êtes bénéficiaire de l'AAH**.

Pour information, une permanence de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Alençon a lieu de 09H00 à 12H30 et de 14H00 à 16H00 le mercredi au niveau de l'accueil du Centre Hospitalier.

FICHE ADMINISTRATIVE

Nom : _____ 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

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Divorcé (e) | <input type="checkbox"/> Séparé(e) |
| <input type="checkbox"/> Veuf/ veuve | <input type="checkbox"/> Concubinage | <input type="checkbox"/> 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 :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Non scolarisé(e) | <input type="checkbox"/> Primaire |
| <input type="checkbox"/> Collège / BEP/ CAP | <input type="checkbox"/> Lycée enseignement général ou technique |
| <input type="checkbox"/> Enseignements supérieur (> terminale) | |

Profession :

Activité salariée : Oui Non

Arrêt de travail : Oui Non

Inscrit à Pôle Emploi : Oui Non

Métiers exercés :

SITUATION FINANCIERE

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Salaire | |
| <input type="checkbox"/> Chômage | Depuis le ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> 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

- 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 : _____

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 Les Sources

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 : _____

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

Date de réalisation
25/08/10

4 Pages

DEP2/PC/001/A

Formulaire de désignation de la personne de confiance (PDC)

Vous êtes une personne majeure non placée sous tutelle, et vous venez d'être admis(e) au Centre Hospitalier de Montagne au Perche.

La loi du 04 mars 2002 vous autorise (de manière facultative) à désigner une personne de confiance. Il s'agit d'une personne majeure proche de vous (parent, ami, 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.

X.....

- 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

Fait à :
Le :

X.....(Nom, Prénom)

- 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 (en référence à la loi du 04 mars 2002) au Centre Hospitalier de Montagne 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 (86.60 € tarif 2013 par jour) et le forfait journalier (18 € tarif 2013 par jour) si ma mutuelle refuse la prise en charge.*
- 2. M'engage pour une hospitalisation dans le service les Sources d'une durée de quatre semaines.*

POUR OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DE VOS SOINS

- 3. Seriez-vous opposé :*
 - 1. à 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- A la demande des comptes rendus d'hospitalisation pour des séjours antérieurs dans d'autres structures ?*

OUI NON
 - c- A 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 :

**Demande de communication du motif d'exonération au titre
d'une affection de longue durée**

*Demande à remplir par le bénéficiaire majeur d'une prise en charge à 100%
(ou les parents ou les représentants légaux pour un mineur)
et à adresser au médecin conseil de son centre de sécurité sociale*

Afin d'améliorer le suivi médical de mon affection de longue durée :

Je soussigné ,
Demeurant
N° de SS [.....]

demande, dans le cadre du secret partagé, que le médecin conseil communique à :

**Mme le Docteur
MESLOUB BENHENDA**

**SERVICE LES SOURCES
CENTRE HOSPITALIER]
81400 MORTAGNE-AU-PERCHE
Secrétariat : 02 33 83 40 43
Soins : 02 33 83 40 45**

le nom de la ou des affection(s) pour laquelle (lesquelles) je bénéficie d'une prise en charge à 100 % .

le nom de la ou des affection(s) pour laquelle (lesquelles)

Payant droit Nom
Prénom
Date de naissance

bénéficie d'une prise en charge à 100 %

Avec mes remerciements ,

Le

Signature (précédée de la mention
« bon pour transmission »)