



***DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION***

*(Toute pièce manquante bloquera l'examen du dossier)*  
**Les dossiers et pièces complémentaires sont à retourner  
au 1, place de l'Eglise 57530 MAIZERROY**

*Avis du professionnel du CSSRA  
qui a fait l'entretien de pré-  
admission :*

*Nom-Prénom :*

*Date :*

*Signature*

## ***FICHE ADMINISTRATIVE***

**NOM :**

**Prénom :**

Nom de jeune fille :

Sexe :  masculin

féminin

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse actuelle :

Téléphone :

Nationalité (E/F) :

Religion (facultatif) :

Personnes à contacter en cas d'urgence ( avec N° de Téléphone) :

**ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE couvrant les frais de séjour principaux :**

- Intitulé :
- N° de téléphone :
- Adresse :
  
- Nom de l'assuré :
- N° d'immatriculation :

*(Prière de joindre photocopie de l'attestation actualisée d'ouverture des droits de l'organisme d'affiliation – se munir de la carte vitale mise à jour à l'admission)*

**ASSURANCE ou MUTUELLE de santé complémentaire :**

- Intitulé :
- N° de téléphone :
- Adresse :
  
- Nom de l'assuré :
- N° d'adhérent :

*(Prière de joindre photocopie de la carte d'adhérent mise à jour en justifiant des droits en cours : nombre de journées prises en charge, risques exclus,...)*

**COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE**

**(prière de joindre photocopie de l'attestation d'affiliation)**

## ***FICHE SOCIALE***

**NOM :**

**Prénom :**

• **SERVICE ayant fait avec le (la) patient (e) la demande de cure :**

Intitulé du service :

Nom de l'intervenant :

Adresse :

Téléphone :

(A défaut, nom de la personne ayant renseigné cette fiche et références de l'organisme)

• **SITUATION FAMILIALE DU (DE LA) PATIENT(E) :**

- |                                      |                                      |                                     |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> célibataire | <input type="checkbox"/> marié(e)    | <input type="checkbox"/> remarié(e) | <input type="checkbox"/> veuf(veuve) |
| <input type="checkbox"/> divorcé(e)  | <input type="checkbox"/> concubinage | <input type="checkbox"/> séparé(e)  | <input type="checkbox"/> P.A.C.S.    |

depuis le :

- Age et profession du conjoint :

- Ages et professions des enfants :

- Climat des relations familiales :

• **NOM, adresse et téléphone du Tuteur ou Curateur légal (le cas échéant)**

➤ Adresse mail du tuteur ou curateur :

• **SITUATION PROFESSIONNELLE**

• Niveau d'études :

• Qualification professionnelle :

• **Si le patient a une activité professionnelle actuellement :**

- emploi actuel :

- adresse de l'employeur :

- **Si le patient n'a pas d'activité professionnelle actuellement :**

Quelle est sa situation :

- au chômage
- indemnisé ASSEDIC
- préretraité
- accident du travail, taux : ...
- R.M.I , adresse de l'instructeur du contrat R.M.I. :
- autres prestations sociales, à préciser :
- autres revenus, à préciser
- allocataire adulte handicapé
- retraité
- invalide, catégorie : ...

**LOGEMENT :**

- propriétaire
- locataire
- sans domicile fixe
- dans la famille
- chez des amis
- en foyer

- **PROJET D'APRES SEJOUR EN SSR EN ADDICTOLOGIE:**  
(logement, emploi, famille, suivi, etc...)

- **VOTRE EXPOSE DE LA SITUATION :**

## Compte-rendu de l'entretien de pré admission

## LA PERSONNE DE CONFIANCE

-

Je, soussigné :

Nom, prénom, .....

Date de naissance.....

Adresse, .....

.....

.....

**Désigne M., Mme, Mlle**

Nom, prénom,.....

Adresse, .....

.....

.....

Tél., ..... fax, .....

E-mail.....@.....

Lien avec la personne (parent, proche, médecin-traitant)

.....

.....

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

Jusqu'à ce que j'en décide autrement

Uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement

J'ai bien noté que M., Mme, Mlle

✓ Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions

✓ Pourra être consulté (e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans des circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultations préalable.

✓ Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.

✓ Sera informé (e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

**Ne désigne pas de personne de confiance**

Fait à :

Le :

Signature :

## **VOLONTES RELATIVES A LA FIN DE VIE**

*Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées » afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi le cas où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.*

### **A quoi servent les directives anticipées ?**

Si, en fin de vie, vous n'êtes pas en mesure d'exprimer votre volonté, vos directives anticipées permettront au médecin de connaître vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements en cours. On considère qu'une personne est « en fin de vie » lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale.

### **Comment rédiger vos directives anticipées ?**

- ⊙ Vous devez être majeur.  
Vous devez être en état d'exprimer votre volonté libre et éclairée au moment de la rédaction.
- ⊙ Vous devez écrire vous-même vos directives.  
Elles doivent être datées et signées et vous devez préciser vos noms, prénoms, date et lieu de naissance.  
**Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à 2 témoins** (dont votre personne de confiance, si vous l'avez désignée). Le document sera écrit par un des 2 témoins ou par un tiers. Les témoins en indiquant leur nom et qualité (ex : lien de parenté, personne de confiance, médecin traitant...) attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée.
- ⊙ Le document est valable 3 ans.  
Vous devez donc les renouveler après le délai de 3 ans.  
Si vous décidez de les modifier, une nouvelle période de 3 ans commence à courir.  
Vous pouvez détruire les anciens documents pour éviter toute confusion.
- ⊙ Vous pouvez mettre dans vos directives ce que vous souhaitez comme prise en charge dans le cas d'une fin de vie (ex : qualité de vie, dignité, acceptation ou refus d'un traitement, respect de la demande de non acharnement thérapeutique, soins de confort...), et votre décision pour le don d'organes.

### **Quel est le poids de vos directives anticipées dans la décision médicale ?**

Si vous avez rédigé des directives, le médecin doit en prendre connaissance. Elles constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale, car elles témoignent de votre volonté.

**Leur contenu est prioritaire sur tout autre avis non médical**, y compris sur celui de la personne de confiance.

Le médecin les appliquera, totalement ou partiellement, en fonction des circonstances, de la situation ou de l'évolution des connaissances médicales

### **Comment faire pour vous assurer que vos directives seront prises en compte au moment voulu ?**

Il est important que vous preniez toutes les mesures pour que le médecin puisse en prendre connaissance facilement.

Pour faciliter les démarches, vous pouvez :

- ⊙ Remettre vos directives à votre médecin traitant,

**J'ai rédigé des directives anticipées au sens de l'article R. 1111-17 du code de la santé publique pour m'exprimer sur mes volontés relatives à la fin de vie.**

- Je conserve mes directives
- J'ai confié mes directives à .....  
Adresse.....  
Tél :.....

**Je n'ai pas rédigé mes directives anticipées et ne souhaite pas les rédiger maintenant**

**Je souhaite rédiger mes directives anticipées et souhaite obtenir de l'aide pour le faire**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :