



S.S.R. A LE PHARE

Documents annexes à fournir avec le dossier d'admission

Dossier médical :

- Les comptes-rendus d'hospitalisation datant de moins de 2 ans
- Bilans biologiques complets et les sérologies virales
- La dernière ordonnance
- Traitement pour 24 heures

Dossier administratif

- Carte de mutuelle recto verso ou attestation CMUC
- Attestation de sécurité sociale



I – Fiche médicale d'admission

(A compléter par le **médecin** prescripteur de la postcure)

A adresser sous pli cacheté au médecin du centre: Dr STEPHANT Dominique, addictologue
Dr PAYSANT Yannick, addictologue

NOM:..... Prénom..... Date de naissance.....

Le patient est admis dans notre centre de postcure uniquement par transfert hospitalier après une *cure de sevrage*.

A l'admission, il est demandé un bulletin de sortie de l'hôpital et un bilan sanguin comportant : NFS Plaquettes, TP, TGO, TGP, GammaGT, bilan rénal et sérologies Hépatites B, C et HIV. Merci d'en faire part au service choisi pour le sevrage si vous n'êtes pas en possession de données récentes (à joindre à ce document si vous les avez, s'il vous plaît).

Il est souhaitable que le patient arrive avec sa dernière ordonnance (ou ses dernières ordonnances s'il y a plusieurs prescripteurs) et son traitement pour 24 heures, merci de le signaler également au service que vous choisirez avec le patient pour son sevrage.

Historique des addictions :

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

Historique des sevrages et post-cures : *joindre compte(s) rendu(s) si moins de 2 ans* :

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

Historique d'hospitalisations en psychiatrie : *joindre compte(s) rendu(s)* :

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

Fonction(s) repérée(s) de l'alcool :

.....
.....

Dépendances en cours hors alcool :

-Benzodiazépines : **non** () **oui** () - Tabac : **non** () **oui** ()

-Cannabis : **non** () **oui** ()

[Merci de nous adresser copie des derniers contrôles Cannabis en votre possession].

- **Autre** :

ANTÉCÉDENTS MEDICAUX:

- Pathologie cardiovasculaire : **non** () **oui** () :.....
- Pathologie pulmonaire : **non** () **oui** () :.....
- Pathologie rénale : **non** () **oui** () :
- Diabète : **non** () **oui** () : type :.....
- Pathologie **digestive** :
 - œsophagienne : **non** () **oui** ()
 - hépatite(s) (alcoolique, infectieuse, iatrogène) : **non** () **oui** () :.....
 - cirrhose : **non** () **oui** ()
 - pancréatite(s): **non** () **oui** ()

p 1

- Pathologie **neurologique** :
 - polynévrite des membres inférieurs : **non** () **oui** () avec difficultés à la marche **non** () **oui** ()
 - épilepsie : **non** () **oui** ()
 - syndrome cérébelleux : **non** () **oui** () avec difficultés à la marche **non** () **oui** ()

- Pathologie **cancéreuse** : **non** () **oui** () :..... (joindre dernier compte rendu de suivi)
- Pathologie **infectieuse** (tuberculose, hépatite C, autre.....): **non** () **oui** () :.....
(joindre derniers courriers des spécialistes consultés)

- Troubles cognitifs** : **non** () **oui** () :
- Pathologie psychiatrique** connue traitée **non** () **oui** () :

-Personnalité:

.....

.....

- Autre pathologie médicale (cutanée, orthopédique, ...) :

- Transfusion : **non** () **oui** () date :.....
- Allergie** : **non** () **oui** () à :.....

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

.....

.....

.....

.....

Merci de joindre à ce dossier en cas de pathologie nécessitant un ou des suivis spécialisés, les noms et adresses des spécialistes que le patient a consulté.

TRAITEMENT EN COURS :

TSO	Buprénorphine	Méthadone
Dosage		

Psychotropes	Autres

En cas de traitement par Benzodiazépines :

- Date de prescription initiale :
- Motif de prescription:

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

Votre avis de prescripteur :

Fait à:

Le:

Docteur :

Coordonnées (adresse, tél, n° poste) :

II - Fiche de renseignements sociaux

(à compléter par l'intéressé)

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Lieu de naissance :

I - Domicile actuel :

- rue:

- ville:

- téléphone:

- portable personnel :

S'agit-il de votre domicile personnel oui non

Si non, précisez : parents , proche , centre d'hébergement

Autre à préciser :

Domicile à la sortie de la post-cure (si différent) :

II - Votre situation familiale : (entourez la réponse juste)

Célibataire - marié - divorcé - séparé - veuf - remarié - pacsé - concubinage

Enfants:

Prénom :

Age :

A charge :

.....

A charge :

.....

A charge :

.....

A charge :

Personnes à charge :

III - Droits sociaux :

N° de sécurité sociale :

a) Joindre impérativement la photocopie de votre attestation sécurité sociale à jour.

b) Avez-vous une mutuelle qui prend en charge le forfait hospitalier?

oui

non

> Si oui : joindre une attestation de votre mutuelle au bénéfice du centre.

> Si non : à défaut d'attestation, nous demandons le règlement du forfait journalier dès l'admission pour 30 jours et celui du 2^{ème} et 3^{ème} mois en début de période.



c) Cas particulier des titulaires de la CMUC :

> Joindre la copie de l'attestation de la CMUC avec les droits ouverts.

CSSRA LE PHARE

IV- Renseignements professionnels :

- Votre formation générale :
- Votre formation professionnelle :
- Vos métiers successifs :

a) Si vous avez un emploi :

Employeur :

Statut professionnel :

- Emploi stable C.D.D. Interim chômage

b) Si vous êtes demandeur d'emploi :

A quand remonte votre dernier emploi salarié ?

c) Cas particuliers :

- Pré- retraité ou retraité Invalidité Autre à préciser RSA

V- Accompagnement médico-social :

a) Médecin traitant : *Nom :* *Coordonnées :*
Autre médecin (précisez): *Nom :* *Coordonnées :*

b) Etes-vous suivi par une assistante sociale (secteur, hôpital...) ? oui non
➤ Si oui, veuillez préciser ses coordonnées :

c) Avez-vous une mesure de protection ? (accompagnement judiciaire, social personnalisé, curateur, tuteur)? oui non
➤ Si oui, veuillez préciser ses coordonnées :

d) Etes-vous membre d'un groupement d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool ?
 oui non

Si oui, lequel:

IV- Divers :

Avez-vous déjà séjourné au Phare ? - Si oui, en quelle année?

Personnes à prévenir : (en cas d'hospitalisation ou départ prématuré notamment) :

Nom : *Lien de parenté :* *N° de tél :*

Adresse :

Personne de confiance : (consultée si votre état de santé ne vous permet pas d'exprimer votre volonté) :

Nom : *Lien de parenté :* *N° de tél :*

Adresse :

III - Votre motivation

(à compléter par l'intéressé)

> **Pouvez-vous expliquer pourquoi vous souhaitez être admis en postcure?**

> **A la lecture de la plaquette de présentation de notre centre de postcure, quels sont le ou les éléments qui vous intéressent particulièrement?**

> **Qu'est-ce que vous envisagez à la sortie?**

IV – Contrat d’engagement – Forfait hospitalier

Je soussigné : Nom : Prénom :

Demeurant à

Certifie avoir pris connaissance du forfait journalier applicable au Phare pendant tout mon séjour soit $20\text{€} \times 84 \text{ j} = 1680 \text{ €}$. Je m’engage à régler cette somme en 3 fois, la 1^{ère} mensualité 560 € le jour de l’admission, les 2 autres le 30^{ème} jour et le 60^{ème} jour de mon séjour. Ces sommes ne seront pas réclamées dans 2 cas :

- a) soit si vous présentez votre carte de mutuelle recto verso et en vous assurant que votre séjour sera pris en charge.
- b) soit sur présentation de votre attestation de CMU complémentaire valable le jour de votre admission.

A.....

le.....

Signature :

V - REGLEMENT INTERIEUR

Le patient s'engage à respecter :

- La durée : la postcure dure 56 ou 84 jours. Elle nécessite un engagement personnel à vivre pleinement ces 8 ou 12 semaines. Cet engagement est contractualisé lors de la signature du contrat de soins.
- Les locaux : chambre et lieux communs.
- Les personnes : toute vie en collectivité implique le respect de règles élémentaires de savoir-vivre (politesse, tolérance, hygiène corporelle,...)
- La participation aux tâches ménagères de l'établissement est obligatoire.
- Le programme thérapeutique : il s'organise autour de diverses activités auxquelles le patient est tenu de participer à partir du moment où il demande son admission au Phare. Il s'engage par conséquent à respecter les horaires fixés dans le cadre de ce programme.
- Les interdits :
 - toute introduction et consommation d'alcool (ainsi que toutes boissons dites sans alcool) et/ou tout autre toxique pendant son séjour,
 - la possession de tout type d'arme au sein de l'établissement,
 - la nourriture dans les chambres,
 - les locaux sont non-fumeurs.
- La conduite d'un véhicule motorisé est interdite pendant la totalité du séjour.

Le non respect de ces consignes expose le patient à la rupture de son contrat.

LE PATIENT

Le Directeur

P.Y MORCET

PERSONNE DE CONFIANCE

IMPORTANT : en application de la loi n°2002/303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article **L 1111-6**, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

- **Je soussigné,**

NOM :

PRENOM(S) :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour et

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je souhaite désigner comme personne de confiance :

Monsieur Madame Mademoiselle

NOM marital : NOM de jeune fille :

PRENOM(S) :

.....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE :

E.MAIL :

• Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un parent/un proche Mon médecin traitant

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans mes démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : OUI NON

J'ai été informé que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer l'établissement par écrit.

Fait à le / /

Signature du patient :

Cadre réservé à la personne de confiance :

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à le / /

Signature :