



Dossier d'admission CSMRA

L ' A V A N C É E
Centre de Soins Médicaux et de Réadaptation
Addictologiques

ETABLISSEMENT DE SANTE PRIVE D'INTERET COLLECTIF

Place de la Liberté - 22000 SAINT-BRIEUC –

Tél. : 02.96.68.03.64 - Fax. : 02.96.68.06.64

secretariat.csmra.saint-brieuc@ahbretagne.com

FINES : 220014708

Demande d'admission concernant :

Date de la demande :

Etablissement demandeur :

Adresse :

Tél :

Fax :

@ :

Date d'entrée en soins :

Date de sortie envisagée :

Médecin :

Assistante Sociale :

Tél :

Tél :

Fax :

Fax :

@ :

@ :

Dossier constitué de 4 volets :

- 1) Partie destinée au Patient (2-6)
- 2) Partie destinée à l'Equipe Soignante (7-8)
- 3) Partie destinée à l'Assistante Sociale (9-10)
- 4) Partie destinée au Médecin (11-15)

Tout dossier incomplet ne sera pas étudié

1- PARTIE DESTINEE AU PATIENT

ETAT CIVIL :

NOM : NOM de Jeune Fille :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse habituelle :



→ Précisez la nature de votre logement avant l'hospitalisation : (*Rayer les mentions inutiles*)
Maison individuelle / Appartement / Chambre meublée / Foyer / Hôtel / Sans domicile

→ Garderez-vous la disposition de votre logement à la fin des soins ?

OUI

NON

Si non, merci d'indiquer clairement la nature de votre hébergement à la sortie de la post-cure :

.....
.....

→ Indiquer le nom et les coordonnées d'une personne à prévenir en cas de nécessité et la nature de vos relations (ex. : épouse, parent, ami...) :

NOM :

Prénom :

Adresse :



Relation :

→ Etes-vous : Célibataire / Marié(e) / en concubinage / Divorcé(e) ou Séparé(e) / Veuf(ve)
(*Rayer les mentions inutiles*)

Age de votre conjoint : Profession :

→ Avez-vous des enfants : OUI NON

Si OUI, nombre : âges :

Sont-ils à votre charge : OUI NON

En cas de divorce ou de séparation, quelle est votre situation à l'égard des enfants :

droit de garde droit de visite aucun de ces droits

PARCOURS PROFESSIONNEL :

→ Quel est votre niveau scolaire :

→ Quelles sont vos qualifications professionnelles :

→ Concernant les deux derniers emplois que vous avez occupés, indiquez :

Nature de l'emploi		
Lieu d'exercice		
Dates de début et de fin de contrat		
Motif(s) de fin de contrats		

→ Retrouverez-vous votre emploi à la fin de votre séjour : OUI NON

→ Quelle est la date de début de votre arrêt de maladie actuel :

→ Indiquez la nature et le montant de vos ressources actuelles :

→ Avez-vous sollicité la MDPH : OUI NON

Si OUI, quand et pour quelle demande : *(joindre une copie de la décision éventuelle)*

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

→ Connaissez-vous des difficultés financières : OUI NON

Si OUI, précisez-en la nature :

→ Faites-vous l'objet d'une mesure de Tutelle ou de Curatelle : OUI NON

→ Suivi social avant l'hospitalisation :

→ Disposez-vous du permis de conduire : OUI Autre

Si non, préciser : Annulation Suspension Autre

→ Avez-vous des passe-temps :

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

→ Quelles sont vos relations avec votre famille et vos amis :

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

→ Quelle est l'aide que vous pouvez attendre de votre entourage (amis - famille) :

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

→ Quel serait votre projet personnalisé pour ce séjour de 8 semaines à l'Avancée (vos attentes) :

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

→ Avez-vous des projets personnels (logement, relations familiales et amicales, activités de loisir, ...) :

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

→ Avez-vous des projets professionnels :

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

PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SEJOUR :

Madame, Monsieur,

Nous vous informons qu'il vous appartient de vérifier auprès de votre mutuelle, la prise en charge de votre forfait journalier (ainsi que le ticket modérateur, si vous êtes pris en charge à 80 % par la Sécurité Sociale) pour notre établissement, en précisant le code discipline 518.

En effet, ce code est exclu des garanties de certaines mutuelles.

En cas d'absence de prise en charge, les frais resteront à votre charge.
Le forfait journalier s'élève à 23 €.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

L'Avancée

Document à nous retourner, complété et signé, avec la mention « lu et approuvé », avec l'ensemble du dossier d'admission.

J'ai pris contact avec la mutuelle :

qui prendra en charge les frais de mon séjour à l'Avancée :

Oui

↳ combien de jours :

Non

En cas de refus, je m'engage à régler les frais de séjour.

Fait à :

Le :

« lu et approuvé »

signature

→ De quel soutien le patient a-t-il bénéficié, et quelles sont les relations avec son entourage (famille/amis, week-ends/permissions, visites/contacts divers, ...) :

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

→ Quelles sont, selon vous, les difficultés auxquelles le patient risque d'être confronté pendant et après la post-cure, d'une part, et les atouts dont il dispose, d'autre part :

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

→ Un projet de suivi et de soins " d'après post-cure " a-t-il été d'ores et déjà défini :

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

**3- BILAN SOCIAL
ET
RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

NOM Prénom du patient :

Coordonnées de l'Assistante Sociale :

.....
.....

☎ :

Email :

→ Bilan social et démarches en cours :

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

→N° d'immatriculation Sécurité sociale :

.....

Organisme de prise en charge :

.....

Adresse de l'organisme :

.....
.....

Droits ouverts jusqu'au : / / **(Joindre carte assuré social)**

Droits à 80 % 100 %

Le patient bénéficie-t-il d'une ALD 30 :

OUI en rapport avec l'alcool OUI NON
NON

→ Ticket modérateur pris en charge par :

Assuré : OUI NON
C.S.S. : OUI NON
Mutuelle : OUI NON

→ Forfait journalier pris en charge par :

Assuré : OUI NON
C.S.S. : OUI NON
Mutuelle : OUI NON

→ Mutuelle :

.....

N° de contrat :

Adresse :

.....
.....

Tél. : **(Joindre carte de mutuelle)**

Réponse impérative :

La mutuelle prend-elle en charge les séjours en post cure éthylique (discipline 518) ?

OUI NON

La prise en charge du forfait journalier est-elle illimitée ?

OUI NON

Si non, préciser le nombre de jours restant à l'admission en post cure :

Hors transfert, la prise en charge doit parvenir au Centre de Post-cure avant l'entrée du patient.

4- FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

Cette partie peut être remplacée par un courrier détaillé répondant aux questions.

NOM Prénom du patient :

Service du Docteur :

Dossier rempli par le Docteur :

☎ :

Email :

Date d'entrée à l'hôpital : Date de sortie envisagée :

HISTOIRE DES ADDICTIONS :

→ Type et histoire

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

→ Cures antérieures

DATE	ETABLISSEMENT	SERVICE DU DOCTEUR
1 -		
2 -		
3 -		
4 -		
5 -		
6 -		

→ Post-Cure, SSRA, SMRA

DATE	ETABLISSEMENT	SERVICE DU DOCTEUR
1 -		
2 -		
3 -		
4 -		

ANTECEDENTS

→ Médicaux : (joindre les courriers et comptes rendus à votre disposition)

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

→ Chirurgicaux : (joindre les comptes rendus à votre disposition)

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

→ Psychiatriques (Donner le compte-rendu le plus détaillé possible, si nécessaire joindre des feuillets séparés)

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

→ Etat psychologique (joindre un compte rendu)

→ Comportement à l'Hôpital et motivations vis à vis de la post-cure :

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

→ Equilibre staturo pondéral

. Poids : Taille :

→ Traitement actuel et habituel

	Matin	Midi	Soir	Coucher
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				

→ Système nerveux

Antécédents de crises comitiales

OUI NON

Si oui, nature des crises :

➤ Manifestations éthylo-carentielles OUI NON

si OUI

↳ Atteinte visuelle, NORB OUI NON

↳ Syndrome cérébelleux OUI NON

↳ Atteintes cognitives OUI NON

↳ Syndrome de Korsakoff OUI NON

↳ Polynévrite OUI NON

⇒ périmètre de marche réduit OUI NON

⇒ difficultés à monter l'escalier OUI NON

⇒ troubles de l'équilibre OUI NON

⇒ troubles trophiques OUI NON

⇒ importance de douleurs

.....
➤ Autres éléments
.....

→ Appareil cardio-vasculaire (Joindre une copie des examens complémentaires significatifs) :

.....
➤ Cardiomyopathie éthylique OUI NON

→ Appareil respiratoire (Joindre une copie des examens complémentaires significatifs) :

→ Appareil locomoteur (Joindre une copie des examens complémentaires significatifs) :

.....
➤ Myopathie éthylo-carentielle OUI NON

→ Appareil digestif :

➤ Oeso-gastro-entérologique
.....

➤ Hépatique
.....

➤ Pancréatique
.....

→ Appareil génito urinaire, gynécologique, endocrinien :

→ Autres (état dentaire, organe des sens...) :

.....
→ Bilan Biologique : **Joindre obligatoirement une copie du dernier bilan**

→ Renseignements complémentaires :

→ Votre patient a-t-il des antécédents de toxicomanie : OUI NON

Si oui, veuillez en préciser l'ancienneté, la nature et les modalités d'usage :

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

→ Votre patient est-il actuellement consommateur de cannabis : OUI NON

Un sevrage lui a-t-il été proposé durant la cure : OUI NON Sans Objet

Si oui, veuillez en préciser le résultat :

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

→ Un contrôle urinaire **négalif** de cannabis a été réalisé le : / /

(Joindre si possible le résultat du contrôle urinaire)

→ Votre patient est-il prêt à l'arrêt de sa consommation pendant le séjour en SSRAA avec un accompagnement : OUI NON

→ Autres indications utiles et éléments nécessitant une surveillance particulière :

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

→ En cas de problèmes physiques ou psychiques incompatibles avec le maintien de votre patient à l'Avancée, celui-ci peut-il être réadmis dans votre unité de soins ?

OUI NON

Autre réponse :

.....
.....

→ Suivi Médical

Coordonnées du Médecin traitant habituel :

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

Coordonnées des Médecins qui rencontrent régulièrement le patient :

.....
.....

Fait àle.....

Cachet du Médecin

Signature

(Merci de nous faire parvenir le compte rendu d'hospitalisation dès la sortie du patient)