

A la Demi-Lune, le cadre de soins proposé est **l'expérimentation de l'abstinence de toute substance ou de tout comportement addictif**.

L'établissement propose un séjour thérapeutique de **3 semaines** pour réaliser un sevrage, qui pourra être complété à votre demande par un parcours de **8 semaines** pour consolider la démarche de soins engagée et reconstruire un projet de vie personnel.

Les objectifs de notre programme sont les suivants :

- Retour à une vie sans substance,
- Faire un choix de vie éclairé conforme à vos aspirations,
- Mieux comprendre la relation aux substances psychoactives,
- Travailler sur les compétences, l'autonomie, la confiance et l'estime de soi,
- Mettre en place ou maintenir un suivi : médical, social, psychologique, éducatif,
- Préparer le retour à la vie quotidienne.

Les modalités de prise en charge sont centrées sur le patient autour d'objectifs de changements définis au préalable.

Une visite de l'établissement est possible avant l'admission. Pour cela, merci de prendre contact avec la responsable des admissions : Mme Bachelet A.

Des informations nominatives, administratives et médicales vous concernant sont recueillies au cours de votre séjour. Sauf opposition justifiée de votre part, elles font l'objet de traitements automatisés (informatiques) ou non automatisés (support papier) destinés à permettre votre meilleure prise en charge au sein de la structure. Elles sont réservées aux équipes de soins qui vous suivent, ainsi qu'aux services administratifs chargés de la gestion de votre dossier. La Demi-Lune s'engage à garantir la confidentialité de ces données.

Pour exercer vos droits Informatique et Libertés, ou pour toute information sur ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@lademi-lune.fr. Vous pouvez également adresser une réclamation auprès de la CNIL (<https://www.cnil.fr/fr/plaintes>) si vous estimez que ce dispositif n'est pas conforme aux règles de protection des données personnelles.

Version	Date	Nature de la modification
9	Juillet 2026	Mise à jour : nouveau logo, changement de nom, réactualisation du document
8	Février 2025	Mise à jour : Adresse MSS, reprogrammation bilan biologique, + directives anticipées.
7	Décembre 2023	Mise à jour : Modifications + ajouts email admissions Sevrage simple 11j, Codes DMT, autorisation refus accès dossier si décès, DMP, mentions RGPD
6	Octobre 2022	Mise à jour : Ajout Renseignements Psychiatriques-sociaux / encart décision ...
3 à 5	Mars 2020 à Juin 2022	Mises à jour suivant l'évolution des mesures liées à la pandémie au COVID-19
2	Mai 2019	Mise à jour : complément des infos demandées
1	Octobre 2018	Création

MISE A JOUR : Nom : Secretant M – Assistante Qualité, Billard L – Secrétaire médicale Date : Emargement :	VERIFICATION : Nom : Espinos V – Cadre de Santé, Bachelet A – Infirmière Coordinatrice, Barthet N – Chef de service Date : Emargement :	VALIDATION : Nom : Barthet E – Directeur Général Date : Emargement :
---	--	--

Nous vous remercions de nous retourner le dossier complété via :

- **Pour les professionnels de santé utilisant MSS santé :** secmed@adlca.mssante.fr
Afin de garantir la sécurité des données personnelles contenues dans le dossier de demande d'admission.
- **Pour les particuliers et les professionnels n'utilisant pas MSSANTE :** **envoi postal** (fax et mail déconseillés car moins sécurisés) :

LA DEMI-LUNE, 7 rue de la Demi-Lune – 39140 Bletterans Tel : 03.84.48.17.21

Pour toute demande de renseignements, l'adresse admissions@lademi-lune.fr reste utilisable.

**Pièces à joindre avec votre dossier d'admission en
1 seul envoi**

- ☐ Copie de votre pièce d'identité officielle
- ☐ Copie de votre carte vitale, mutuelle, ou Attestation CSS ou AME
- ☐ Dernière ordonnance de médicaments **(si pas de traitement en cours, merci de le préciser)**
- ☐ Si ALD **(Protocole de soins)**
- ☐ Statut vaccinal : merci de joindre une copie du carnet de santé/carnet de vaccination
- ☐ Dernier compte-rendu d'hospitalisation et bulletin de situation (si entrée directe en SMRA) consécutif à une hospitalisation
- ☐ Directives anticipées (page 7)
- ☐ Recueil du consentement à la consultation au DMP (page 8)
- ☐ Formulaire de désignation de la personne de confiance (page 9)
- ☐ Lettre de motivation (page 10)

***SEULS LES DOSSIERS COMPLETS SERONT
ETUDIES EN COMMISSION***



Documents à présenter le jour de votre admission

Lors de votre arrivée à La Demi-Lune, afin de sécuriser votre identification et de fiabiliser votre dossier administratif, vous devrez présenter :

- Une pièce d'identité officielle ;
- Votre carte Vitale (une borne de mise à jour est disponible à l'accueil) ;
- Votre carte de complémentaire santé ou, selon votre situation, votre attestation CSS ou AME en cours de validité.

Préparer votre séjour

Nous vous remercions de prévoir :

- Uniquement le traitement nécessaire pour le jour de votre arrivée ;
- Une à deux valises maximum (un service de blanchisserie est assuré gratuitement une fois par semaine) ;
- Une réserve de tabac pour les huit premiers jours si vous êtes fumeur ;

Une somme d'argent de poche d'environ 5 à 10 € pour la première semaine, durant laquelle aucune sortie n'est autorisée

Si votre admission est validée : une ordonnance pour réaliser un bilan biologique vous sera envoyée avec la convocation d'entrée.

Tout changement de l'état clinique du patient / traitement / faits marquants éventuels... doit faire l'objet d'une réactualisation de ces informations dans les jours qui précèdent l'admission.

Les admissions se déroulent du lundi au jeudi entre 9h et 12h. **Il est impératif de nous prévenir en cas d'imprévu.**

Si pas de bon de transport retour prescrit par votre médecin traitant : merci de prévoir la somme d'argent nécessaire à l'achat du billet de train ou tout autre moyen de transport.



Aucun bon de transport ne sera établi par La Demi-Lune pour le voyage de retour au domicile

Nom :	Nom de Naissance :	
Prénom :	Date de naissance : ____ / ____ / ____	

Nom de la personne ayant complété le dossier :

Placement Extérieur ☐	Sevrage / Séjour thérapeutique 3 semaines ☐	Service de Soins Médicaux et de Réadaptation en addictologie SMRA 8 Semaines ☐
---	--	---

INDICATION DE SEJOUR	
Nom du médecin adresseur Spécialité ☎ ✉ Établissement adresseur : Service Adresse : Code postal : Ville Suivi CSAPA Oui ☐ Non ☐ CSAPA Référent : Adresse : Code postal : Ville : Ce séjour est-il consécutif à une autre hospitalisation ? Oui ☐ (joindre un bulletin de situation) Non ☐ -Si oui : Date et lieu de séjour : -Date prévisionnelle de sortie de l'établissement : ____ / ____ / ____	Date d'admission souhaitée : ____ / ____ / ____

ETAT CIVIL DU PATIENT	
Nom : Prénom : Nom de naissance : Né(e) le : Ville de naissance : Pays de naissance : Age :ans Adresse postal Code postal : Ville :	
Situation familiale : Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Concubinage/PACS ☐ Veuf(veuve) ☐ Divorcé(e)/séparé(e) ☐ Enfants : Non ☐ Oui ☐ Si oui combien : _____ A charge ☐ Garde ☐ Placement ☐ Droit de visite ☐ Autre, préciser ☐	

Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX

SITUATION SOCIALE

Sécurité sociale (joindre la copie de l'attestation de droit en cours de validité)

N°SS ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Ouverture des droits jusqu'au : ____ / ____ / ____

Nom de l'organisme gestionnaire

Adresse

Code postal

Ville



Organisme complémentaire (joindre la copie de la carte mutuelle) N° adhérent :

Nom de l'organisme complémentaire

Adresse

Code postal Ville 

Prise en charge forfait journalier ☐ Oui ☐ Non Pour info code DMT - MCO : 210

Prend-elle en charge les addictions ? ☐ Oui ☐ Non - SMR : 518

Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

☐ Oui

☐ Non

☐ En cours

Dossier établi le ____ / ____ / ____

Par

..... Au près de quel organisme

Date de validité ____ / ____ / ____



Accompagnement social

Bénéficiez-vous d'un suivi social régulier ? ☐ Oui ☐ Non

Organisme 

Travailleur social/Educateur

Adresse

Code postal Ville 



Démarches en cours

Autres informations

Dettes en cours : ☐ Oui ☐ Non préciser :

Logement : ☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Sans domicile fixe ☐ Institution

☐ Demande de logement en cours : ☐ Oui ☐ non préciser :

Hébergé chez un proche de façon : ☐ Temporaire ☐ Durable

Démarches en cours

Projet de suivi (social, médical, psychologique)

Si possible joindre un rapport du travailleur social référent.

Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

SITUATION JUDICIAIRE

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ☐ Oui ☐ Non

☐ Sauvegarde de justice ☐ Placement extérieur ☐ Curatelle ☐ Curatelle renforcée ☐ Tutelle ☐ En cours :

Personne ou service en charge de la mesure

Adresse

Code postal Ville 

Comité de probation Référent

Adresse

SITUATION PROFESSIONNELLE

Diplôme/niveau scolaire

☐ Salarié(e) depuis le : ____ / ____ / ____ Type de contrat : CDI CDD INTERIM

Employeur

Fonction

☐ En arrêt de travail depuis le : ____ / ____ / ____

☐ Inscrit(e) à pôle emploi depuis le : ____ / ____ / ____ Date de fin de droits : ____ / ____ / ____

Allocation réglée par N° Allocataire

☐ En invalidité

Pension réglée par N° Allocataire

☐ Reconnu(e) adulte handicapé

AAH réglée par N° Allocataire

Date de fin de droits : ____ / ____ / ____

☐ Bénéficiaire du RSA depuis le : ____ / ____ / ____

Réglée par N° Allocataire

☐ Retraité(e) depuis le ____ / ____ / ____

☐ Autre situation (préciser)

Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

DIRECTIVES ANTICIPEES

Les directives anticipées vous permettent de faire connaître par avance vos souhaits sur votre fin de vie dans le cas où vous ne pourriez plus manifester votre volonté. Elles expriment votre volonté portant sur les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

Personne à prévenir Lien de parenté ou autre

Adresse

Code postal : Ville ☎

Médecin traitant ou médecin désigné

Adresse

Code postal : Ville..... ☎

Avez-vous rédigé des directives anticipées ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de les joindre à ce dossier ou nous indiquer les coordonnées de la personne détentrice :

.....

DROITS D'ACCES D'UN TIERS AU DOSSIER MEDIAL

En cas de décès, les ayants-droits peuvent demander l'accès à certaines informations contenues dans votre dossier médical :

- ☐ **J'AUTORISE** l'accès aux informations contenues dans mon dossier médical durant mon séjour à la Demi-Lune.
- ☐ **JE REFUSE** l'accès aux informations contenues dans mon dossier médical durant mon séjour à Demi-Lune.

Cette décision peut être modifiée au cours de votre séjour.

Le/...../.....

SIGNATURE PATIENT :

Modification au cours de mon séjour :

- ☐ **J'AUTORISE** l'accès aux informations contenues dans mon dossier médical durant mon séjour à Demi-Lune.
- ☐ **JE REFUSE** l'accès aux informations contenues dans mon dossier médical durant mon séjour à Demi-Lune.

Décision modifiée le :/..../.....

SIGNATURE PATIENT :

Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____



RECUEIL DU CONSENTEMENT A LA CONSULTATION DU DOSSIER MEDICAL PARTAGE (DMP)



Afin de faciliter la coordination des soins entre tous les professionnels de santé œuvrant dans votre prise en charge, notre établissement s'engage dans le déploiement et l'usage du Dossier Médical Partagé (DMP), composante du service numérique Mon Espace Santé.

Véritable carnet de santé numérique, le DMP permet aux professionnels de santé autorisés d'accéder aux informations médicales nécessaires et contribue ainsi à la qualité et à la continuité de votre prise en soin.

L'article R.1111-46 du décret 2021-1047 du 04 août 2021 relatif au dossier médical partagé

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Dans le cadre de votre prise en charge médicale à l'Association la Demi-Lune, l'équipe de soins alimente (lettre de sortie, compte rendu, ordonnance, ...) votre Dossier Médical Partagé. Elle peut être amenée à le consulter au cours de votre séjour et au besoin, dans le cadre de l'examen de votre dossier d'admission.

Consentez-vous à la **consultation** de votre DMP ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Date :/...../.....

Signature :



Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

DOC 04-01-001V3

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

Vous êtes hospitalisé(e) au sein de notre établissement et vous souhaitez être accompagné(e) dans vos démarches à l'hôpital. La loi du 4 mars 2002 vous autorise à désigner en toute liberté une **personne de confiance**, qui peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant.

Cette personne pourra, selon votre souhait :

- Vous accompagner dans toutes vos démarches à l'hôpital
- Assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions
- **Être consultée par le médecin, si l'évolution de votre état de santé ne vous permettait plus d'exprimer vous-même vos souhaits sur la poursuite de vos soins et de recevoir l'information.**

Important : En aucun cas, la personne de confiance ne sera autorisée à accéder à votre dossier médical, en dehors de votre présence, et, sans votre accord exprès.

La désignation de la personne de confiance doit se faire par écrit et ne concerne pas les personnes mineures. Elle est valable pour toute la durée de votre hospitalisation, sauf volonté contraire de votre part : votre choix est en effet révocable à tout moment.

Cette révocation éventuelle devra être signalée au bureau des entrées, afin de mettre à jour votre dossier.

Attention : Personne de confiance et Personne(s) à prévenir sont 2 notions distinctes : la personne de confiance fait partie des personnes à prévenir en cas de besoin, mais, son rôle, décrit ci-dessus, va au-delà de celui des personnes à prévenir.

Je soussigné(e) Nom Prénom

Nom de jeune fille

☐ Déclare avoir été informé(e) de la possibilité de désigner une personne de confiance, mais ne souhaite pas le faire

☐ Désigne comme Personne de Confiance

☐ Monsieur

☐ Madame

☐ Mademoiselle

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : ☎

Cette personne de confiance est (préciser) :
♦ Un parent
♦ Un proche
♦ Mon médecin traitant

Je m'engage, par ailleurs, à informer cette personne de cette désignation et à m'assurer de son accord.

Fait à Le

Signature du patient

Signature de la personne de confiance **(OBLIGATOIRE)**

Cadre réservé au service / bureau des entrées

Impossibilité de recueillir le choix du patient : Date et heure :

- Motifs de cette impossibilité :

- Nom et fonction de la personne :

- Signature :

Demande de Révocation

- Date :

- Nom et fonction de la personne recueillant la révocation :

- Signature :

Confirmation de Désignation

- Date :

- Nom et fonction de la personne recueillant la confirmation :

- Signature :

Prénom :

Date de naissance : / /



Merci de nous indiquer vos motivations au soin et les objectifs recherchés

This image shows a single page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

INFORMATIONS PRATIQUES

Informations pratiques pour votre séjour :

Afin d'assurer le bon déroulement du séjour, la sécurité de tous et le respect du règlement de l'établissement, des contrôles inopinés pourront être réalisés. Ceux-ci peuvent notamment prendre la forme d'analyses urinaires, de contrôles des chambres ou d'interventions de l'équipe cynophile.

À prévoir avant votre arrivée :

Pour faciliter votre installation, nous vous invitons à prévoir :

- Une quantité de tabac suffisante pour les huit premiers jours de votre séjour, si vous êtes fumeur ;
- Une somme de 5 à 10 € d'argent de poche pour la première semaine, durant laquelle aucune sortie ne sera autorisée.

Par ailleurs, veuillez noter que :

- Il n'est pas possible de se connecter au serveur informatique de l'établissement ;
- Les ordinateurs portables et les tablettes sont autorisés. Toutefois, l'établissement ne pourra être tenu responsable en cas de perte, de vol ou de détérioration de ces appareils.

Objets et produits interdits :

Pour des raisons de sécurité et d'hygiène, il est demandé de ne pas apporter :

- Des denrées alimentaires périssables (produits frais) ;
- Du matériel de sport ;
- Des objets tranchants ou potentiellement dangereux ;
- Des bains de bouche, parfums ou déodorants liquides contenant de l'alcool ;
- Des boissons énergisantes ;
- Des appareils électriques destinés à un usage en chambre (bouilloire, cafetière, plaque chauffante, etc.), ceux-ci étant strictement interdits.

Trousseau :

- Un document « trousseau à l'admission du patient » vous sera envoyé avec votre convocation
- Merci de prêter attention aux saisons, particulièrement à partir du mois de mai en prévision des canicules

Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL

A compléter par un médecin et à transmettre sous pli confidentiel

Médecin traitant ou médecin désigné

Adresse

Code postal : Ville 

Traitement actuel Oui ☐ **(joindre l'ordonnance de traitement)** Non ☐

Allergies.....

Eléments médicaux.....

Eléments chirurgicaux

Eléments psychiatriques.....

Suivi assuré par le Dr

Adresse

Code postal Ville 

SEJOURS EN PSYCHIATRIE

DATE	ETABLISSEMENT	MOTIF

Antécédent TS ☐ Oui ☐ Non

Date de la dernière ____ / ____ / ____

Si oui, pouvez-vous préciser.....

Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Trouble de la personnalité (préciser)
.....
.....

ETAT PSYCHIATRIQUE ACTUEL

Symptômes actuels
.....
.....

Diagnostic personnalité
.....
.....

Diagnostic psychiatrique éventuel
.....
.....

Risque suicidaire
.....
.....

Trouble du comportement/violence
.....
.....

Traitement psychiatrique en cours.....
.....
.....

CAPACITES COGNITIVES

A compléter seulement pour une entrée directe en SSR

Le patient présente-t-il des troubles cognitifs ☐ Oui ☐ Non

Une évaluation cognitive a-t-elle été réalisée (MOCA, BEARNI, ...)? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, test de dépistage et score.....

Si un bilan neuropsychologique a été réalisé dans les 6 mois précédents, merci de joindre une copie

Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____



ETAT CLINIQUE ACTUEL

Etat nutritionnel Poids
Tension Artérielle Taille

CONDUITE ADDICTIVE

SUBSTANCE	ACTUELLE	ANTERIEURE
Alcool		
Tabac		
Cannabis		
Héroïne		
Benzodiazépines		
Cocaïne		
Jeux		
Sport		
Sexe		
Autre préciser		

SEJOURS PRECEDENTS EN ADDICTOLOGIE

DATE	LIEU	DUREE D'ABSTINENCE

AFFECTION LONGUE DUREE (ALD)

Motif de l'ALD :



Merci de joindre impérativement le protocole de soins



ELEMENTS SIGNIFICATIFS

Eléments à retenir pour la prise en charge à venir (Traumatisme, appréhension au changement et/ou aux activités collectives, contexte familial...)

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

Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

RENDEZ-VOUS PLANIFIES
(Médicaux, professionnels, judiciaires, sociaux, ...)

DATE	TYPE DE RENDEZ-VOUS	LIEU

ATTESTATION DU MEDECIN ADRESSEUR

Je soussigné(e) Dr

Atteste que Mr / Mme.....

Peut mener une vie normale en collectivité sans précaution particulière pour lui-même comme pour autrui.

Dans le cas d'un transfert direct de mon établissement, je m'engage à le réadmettre dans mon service en cas de rechute ou de difficultés d'adaptation.

Fait à

Cachet et Signature du Médecin obligatoires

Le ____ / ____ / ____