

DOSSIER DEMANDE D'ADMISSION

Dernière info COVID

Pour toute entrée en service de médecine (sevrage), un test RT-PCR de moins de 24 heures est exigé.

Pour toute entrée en service de soins de suite et de réadaptation en addictologie, **un schéma vaccinal complet** ou un certificat de rétablissement après infection à la COVID-19 ou une attestation de contre-indication médicale à la vaccination **+ un test PCR de moins de 24 heures sont demandés.**

A noter que la vaccination permet l'accès aux activités extérieures (piscine, cinéma, sorties collectives...).

LES SOINS A L'ADLCA

Le cadre de soin proposé à l'ADLCA est celui de **l'expérimentation de l'abstinence de tout produit.**

Les objectifs de notre programme sont les suivants :

- Vous permettre de faire un choix de vie éclairé conforme à vos aspirations
- Vous permettre de mieux comprendre votre relation aux produits psychoactifs
- Travailler sur vos compétences, sur l'autonomie, la confiance et l'estime de soi
- Mettre en place ou maintenir un suivi : médical, social, psychologique, éducatif
- Préparer la sortie

Modalités de prise en charge : centrées sur le patient autour d'objectifs de changements définis au préalable.

Nous vous remercions de nous retourner le dossier complété à l'adresse suivante :

Unité de Soins
Centre de Soins, de Suite et de Réadaptation en Addictologie
7, rue de la Demi-Lune
39140 Bletterans
Tel : 03.84.48.17.21. - Fax : 03.84.48.46.47.
Email : admissions@adlca-bletterans.fr



Nous attirons votre attention sur les documents à fournir.

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ETUDIE

1. Dernier compte-rendu d'hospitalisation (si entrée directe en SSRA)
2. Bilan biologiques de moins de 3 mois (cf. fiche de prescription type)
3. Radio pulmonaire moins de 6 mois
4. Dernière ordonnance
5. Lettre de motivation (démarche de soin, motivation)
6. Formulaire personne de confiance

Les admissions se déroulent du **lundi au jeudi avant 10 heures**.

Le patient devra s'organiser pour respecter cet horaire sous risque de refus d'admission.



Pour le retour à domicile, prévoir la somme d'argent nécessaire à l'achat du billet de train ou tout autre moyen de transport.

Sevrage simple

Sevrage
Séjour thérapeutique

Centre de Soins de Suite et
Réadaptation en
Addictologie - CSSRA

INDICATION DE SEJOUR:

Médecin adresseur (*médecin traitant, psychiatre, addictologue,.....*)



Spécialité du médecin :

Suivi CSAPA OUI NON

CSAPA Référent

Adresse

Ce séjour est-il consécutif à une autre hospitalisation ? OUI NON

Auquel cas, nous préciser le lieu et date et joindre un bulletin de situation :

Établissement adresseur : Service.....

Médecin responsable Spécialité.....

Téléphone Fax

Date d'admission souhaitée : __/__/____

ETAT CIVIL DU PATIENT :

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Age :

Né(e) le : à Pays :

Adresse :

Mail :

Tél :

Situation de famille :

Personne à prévenir : lien de parenté ou autre :

Adresse :

Personne de confiance (formulaire joint au dossier) :

Lien de parenté ou autre :

Adresse..... :

Médecin traitant ou médecin désigné: :

Adresse :

Médecin psychiatre : :

Adresse :

Travailleur social/ éducateur..... :

Adresse :

SITUATION JUDICIAIRE

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ? OUI NON

Sauvegarde de justice Curatelle Curatelle renforcée Tutelle En cours

Coordonnées de la personne ou du service en charge de la mesure :

Tél. :

Comité de Probation : Référent :

Adresse : 

..... 

SITUATION PROFESSIONNELLE

Diplômes ou niveau scolaire :

Salarié(e) depuis le : __/__/____

Employeur :

Fonction :

Inscrit à pôle emploi depuis le : __/__/____

Allocation réglée par : n° allocataire :

En invalidité

Pension réglée par : n° allocataire :

Reconnu adulte handicapé

AAH réglée par : n° allocataire :

Bénéficiaire du RSA depuis le : __/__/____

Réglé par : n° allocataire :

Retraité depuis le : __/__/____

Autre situation (préciser)

SITUATION FIN DU SEJOUR

▪ Emploi :

▪ Logement :

▪ Projet de suivi (social, médical, psychologique) :

▪ Autres projets (à préciser)

2 - FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

à compléter par un médecin et à transmettre sous pli confidentiel

CONDUITE ADDICTIVE

Substance	Actuelles	Antérieures
Alcool		
Tabac		
Cannabis		
Héroïne		
Benzodiazepines		
Cocaïne		
Sans substance		
Autres préciser		

SEJOURS PRECEDENTS

DATE	LIEU	DUREE D'ABSTINENCE

PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

Diagnostics :

Suivi assuré par :

Séjours en hôpital psychiatrique (dates, établissements et motifs) :

Antécédent TS (date de la dernière) :

Troubles de la personnalité, préciser :

Dépression :

ETAT CLINIQUE/VACCINATIONS

Pathologies organiques :

Etat nutritionnel :

Prise en charge diététique :

Poids :

Tension artérielle :

Antécédents chirurgicaux :

Gynéco-obstétriques (le cas échéant) :

ALD : OUI NON

Pathologie :

Statut vaccinal (préciser):

Tétanos (préciser) :

Hépatite B (préciser) :

ATTESTATION

Je soussigné Dr atteste que M.....
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 le

Cachet et Signature du Médecin obligatoire

Formulaire de désignation 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 à un membre de l'équipe soignante, 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 : Nom de jeune fille :

Prénom :

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 *(Rayer la mention inutile)*

NOM : NOM de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

Téléphone(s) :

Cette personne de confiance est (précisez) : - 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) :

<i>Cadre réservé au service</i>	
Impossibilité de recueillir le choix du patient : Date et heure :	
- Motifs de cette impossibilité :	
- Nom et fonction de la personne :	
- Signature :	
Demande de Révocation	Confirmation de Désignation
- Date :	- Date :
- Nom et fonction de la personne recueillant la révocation :	- Nom et fonction de la personne recueillant la confirmation :
- Signature :	- Signature :

NOM

PRÉNOM

LETTRE DE MOTIVATION

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