



## LES SOINS A L'ADLCA

Le cadre de soins proposé à l'ADLCA est celui de **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, à compléter 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 :

- Vous accompagner au retour à une vie sans substance
- Vous permettre de faire un choix de vie éclairé conforme à vos aspirations
- Vous permettre de mieux comprendre votre relation aux substances psychoactives
- 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 votre 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. Prendre contact avec la cadre de santé.




### DERNIERES INFOS COVID

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

Un schéma vaccinal complet est préconisé.

L'établissement se réserve la possibilité de revoir les conditions d'admission, de séjour selon les conditions sanitaires.

Version	Date	Nature de la modification
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

<p><b>REDACTION :</b> Nom : <b>Mélanie DENYS pour Groupe de Travail</b> (Véronique Percevaux – Aurélie Mialhes - Sandra Gauliard – Aurore Barbeaux – Sandrine Villard – Emilie Fabio – Francine Cabut) Date : <b>11/10/2022</b> Emargement : </p>	<p><b>VERIFICATION :</b> Nom : <b>Sandrine BABAD</b> Date : <b>11/10/2022</b> Emargement : </p>	<p><b>VALIDATION :</b> Nom : <b>Dr LAMOUR</b> Date : <b>11 octobre 2022</b> Emargement : </p>
--	--	--

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



**OBLIGATOIREMENT**  
**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ETUDIE**

1. **Afin de prévenir les risques d'erreurs liés à une mauvaise identification et afin de fiabiliser votre dossier, vous devez fournir impérativement lors de votre admission les documents suivants :**

❖ **Votre carte nationale** d'identité ou passeport ou carte de séjour ou nouveau permis de conduire

❖ Votre carte **VITALE** (une borne de lecture et de mise à jour est disponible à l'accueil)

❖ Votre carte **d'adhérent à une complémentaire santé** ou **vosre attestation Complémentaire Santé Solidaire (CSS)** en cours de validité ou **vosre attestation d'Aide Médicale d'État (AME)**



2. **Dernier compte-rendu d'hospitalisation** (si entrée directe en SSRA) consécutif à une hospitalisation

3. Bulletin de situation si entrée consécutive à une hospitalisation

4. Bilans biologiques de moins de 3 mois (cf. fiche de prescription type)

5. Radio pulmonaire moins de 6 mois

6. Dernière ordonnance de médicaments

7. Lettre de motivation

8. Formulaire personne de confiance



**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**



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



Nom :

Nom de Naissance :



Prénom :

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom de la personne ayant complété le dossier : .....

Sevrage simple  **10 Jours**

Sevrage + Séjour thérapeutique  **3 semaines**

Centre de Soins de Suite et Réadaptation en Addictologie – CSSRA  **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

Date et lieu de séjour .....

Date d'admission souhaitée : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### ETAT CIVIL DU PATIENT

Nom ..... Prénom .....

Nom de naissance .....

Né(e) le ..... A .....

Pays ..... Age .....

Adresse .....

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  .....

Personne à prévenir ..... Lien de parenté ou autre .....

Adresse .....

Code postal : ..... Ville .....

Médecin traitant ou médecin désigné .....

Adresse .....

Code postal : ..... Ville .....



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 .....

Code postal ..... Ville ..... ☎ .....

### SITUATION PROFESSIONNELLE

Diplôme/niveau scolaire .....

Salarié(e) depuis le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Employeur .....

Fonction .....

Inscrit(e) à pôle emploi depuis le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Allocation réglée par ..... N° Allocataire .....

En invalidité

Pension réglée par ..... N° Allocataire .....

Reconnu(e) adulte handicapé

AHH réglée par ..... N° Allocataire .....

Bénéficiaire du RSA depuis le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Réglée par ..... N° Allocataire .....

Retraité(e) depuis le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Autre situation (préciser) .....

Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

A compléter par un médecin et à transmettre sous pli confidentiel

ANTECEDENTS

Médecin traitant ou médecin désigné .....

Adresse .....

Code postal : ..... Ville ..... ☎ .....

Médicaux .....  
.....  
.....  
.....

Chirurgicaux .....  
.....  
.....  
.....

Psychiatriques .....  
.....  
.....  
.....

Suivi assuré par Dr .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville ..... ☎ .....

Séjours en psychiatrie

DATE	ETABLISSEMENT	MOTIF

Antécédent TS  OUI  NON Date de la dernière \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Si oui, pouvez-vous préciser .....  
.....  
.....

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

Nom :

Nom de Naissance :



Prénom :

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**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

**ETAT CLINIQUE ACTUEL**

Etat nutritionnel ..... Poids .....

Tension Artérielle .....

**Statut vaccinal : merci de joindre une copie du carnet de santé/carnet de vaccination**

Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**CONDUITE ADDICTIVE**

SUBSTANCE	ACTUELLE	ANTERIEURE
Alcool		
Tabac		
Cannabis		
Héroïne		
Benzodiazepines		
Cocaïne		
Sans substance (Jeux, sport, sexe...)		
Autre préciser		

**SEJOURS PRECEDENTS EN ADDICTOLOGIE**

DATE	LIEU	DUREE D'ABSTINENCE

**AFFECTION LONGUE DUREE (ALD)**

OUI                       NON

Motif de l'ALD .....

**Si ALD, merci de joindre impérativement le protocole de soin**

**ELEMENTS SIGNIFICATIFS**

Éléments à retenir pour la prise en charge à venir (Traumatisme, appréhension au changement, contexte familial, appréhension travail collectif...)

.....

.....

.....

.....

**COMMENTAIRES LIBRES**

.....

.....

.....

.....

.....



Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



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

DATE	TYPE DE RENDEZ-VOUS	LIEU

**ATTESTATION**

Je soussigné(e) Dr .....

Atteste que .....

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 obligatoire**

Le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**COMMISSION D'ADMISSION**

*Cadre réservé au service*

*Membres de la commission*

DATE	NOM	PRENOM	FONCTION

Décision :      Avis favorable                       Avis défavorable

Date d'admission prévisionnelle : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom :

Nom de Naissance :



Prénom :

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

DOC 04-01-001 V2

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 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 ..... Prénom .....

Nom de jeune fille .....

Declarer 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

Impossibilité de recueillir le choix du patient

Date et heure .....

Motif de cette impossibilité .....

Nom et fonction de la personne .....

Signature

Date .....

Date .....

Nom et prénom de la personne recueillant la révocation

Nom et prénom de la personne recueillant la confirmation

Signature

Signature



**EXAMENS BIOLOGIQUES A PRESCRIRE PAR VOTRE MEDECIN**

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**N.F.S IONO**

Glycémie – urée – créatinine

**T.P.I.N.R**

**G.G.T**

**A.S.A.T**

**A.L.A.T**

**P.A.L**

**SEROLOGIES**

Hépatite B

H.I.V I et 2

H.V.C

Si positif, recherche quantitative de l'A.R.N du virus de l'hépatite C