

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint un dossier de demande d'admission à la Clinique de la Bréhonnière pour une hospitalisation en :

Séjour simple
(Durée 15 jours)

Séjour complexe
(Durée 5 à 8 semaines)

HDJ

Voici les éléments que doit comporter votre dossier :

- une partie médicale remplie par le médecin, à nous retourner accompagnée
 - o Une copie de la dernière ordonnance si traitement en cours
 - o L'ensemble des renseignements d'ordre médical disponibles (notamment copies des comptes rendus hospitaliers et dernier compte rendu biologique)
- Une partie administrative à remplir par le patient, à nous retourner avec les éléments suivants :
 - o Une photocopie recto-verso de votre pièce d'identité
 - o Une photocopie de votre carte mutuelle ou de votre attestation CMUC en cours de validité à la date de l'hospitalisation
 - o L'autorisation d'utilisation du support photographique
 - o La fiche de désignation de la personne de confiance
 - o Une information sur vos directives anticipées

En cas de transfert d'un autre établissement de santé, il vous sera demandé un bulletin d'hospitalisation.

A réception, votre dossier sera examiné par la commission médicale. Après validation du dossier, le secrétariat vous contactera pour envisager une date d'admission.

Le jour de votre admission, en hospitalisation complète, le secrétariat vous remettra la clé de votre chambre ainsi qu'un gobelet réutilisable tout au long de votre séjour. A cet effet, nous vous demanderons de prévoir **une caution de 50 €** (en chèque ou en espèces). Cette caution vous sera rendue à la fin de votre hospitalisation.

DOSSIER A REMPLIR PAR LE PATIENT

Madame Monsieur

Nom de Naissance..... Prénom

Adresse

Code Postal Ville

Téléphone Mail

Date de Naissance Lieu de Naissance :

Profession

Si sans profession : Chômage Retraite Invalité AAH RSA

Situation familiale : Célibataire Marié(e) PACS Veuf (ue) Divorcé(e)

PERSONNES A PREVENIR EN CAS DE BESOIN :

Nom Prénom :

Lien avec le patient (parent, proche, Médecin traitant) :

Téléphone Mail

COUVERTURE SOCIALE :

Caisse d'Assurance Maladie

Numéro de Sécurité Sociale

Centre et Adresse

Etes vous bénéficiaire : CMUC/CSS ALD Invalité

Mutuelle

Adresse :

Téléphone :

La prise en charge de vos frais d'hospitalisation

Le ticket modérateur (20% du tarif journalier par journée d'hospitalisation et des honoraires) et le forfait journalier sont pris en charge par votre complémentaire santé (mutuelle ou CMUC), à défaut ils resteront à votre charge.

La clinique dispose de chambres particulières et la distribution des chambres se fait en fonction des disponibilités et de la validité de votre prise en charge. Si vous bénéficiez d'une mutuelle, l'attribution de la chambre particulière se fera en fonction de l'accord de cette dernière et sur la base du nombre de jours accordés. Nous vous conseillons de les contacter au plus tôt pour obtenir ces informations (A savoir : notre code activité est DMT 518).

Si vous ne bénéficiez pas de prise en charge mutuelle, le montant du supplément chambre particulière sera à votre charge : à partir de 50 €/nuit.

La CMUC ne couvre jamais la chambre particulière.

Je demande à bénéficier d'une chambre particulière, le supplément sera pris en charge :

Par ma mutuelle

Par moi-même

(Un chèque de caution de 250 € vous sera demandé lors de l'attribution de la chambre particulière.)

Je m'engage, dans le cas où ma mutuelle ne les prendrait pas en compte, à régler le montant du forfait journalier et/ou ticket modérateur et/ou supplément chambre particulière pour toute la durée de mon séjour à la clinique de la Bréhonnière.

Nom Prénom :

Date :

Signature :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à remplir par le patient) :

Pour mieux personnaliser votre projet thérapeutique, nous vous invitons à nous indiquer en quelques mots :

- *Quelles sont vos attentes lors de votre séjour ?*

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

- *Comment pensez vous que l'on puisse vous aider au mieux ?*

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

- *Qu'aimeriez vous trouver au sein de notre structure ?*

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

Considérez-vous que vous êtes suffisamment informé sur Le Projet Thérapeutique (*) de la Clinique de La Bréhonnière?

oui non

(Si non, rapprochez-vous du médecin qui remplira votre dossier médical d'admission ou bien des praticiens qui vous ont orienté vers nous).

Acceptez-vous de signer un contrat Thérapeutique (*) pour la durée de votre programme de soins ?

oui non

Etes-vous sujet à des troubles du comportement alimentaire (boulimie, anorexie) ?

oui non

Consommez-vous du tabac ?

oui non

Quelle est votre consommation actuelle ?

.....

Avez-vous envie d'arrêter de fumer ? oui non

Avez-vous consommé du cannabis ? oui non

Où en est votre consommation actuelle ?

.....

Avez-vous pris d'autres substances psychoactives ? oui non
Lesquelles :

.....

Si oui, où en êtes-vous de votre consommation de substances psychoactives ?

.....

.....

Avez-vous fait des tentatives de suicide ? oui non

Avez-vous actuellement des idées suicidaires ? oui non

(*) Des indications générales sur le Contrat Thérapeutique figurent dans le livret d'accueil et sur le site internet.

DOSSIER SOCIAL (à remplir par le patient)

I. Identité du Patient :

Nom de naissance..... Prénom :

Date de naissance :/.../.....

II. Evaluation de la Précarité et des inégalités de santé :

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ?

Tutelle Curatelle Sauvegarde de Justice

Nom et adresse du représentant légal :

.....

Etes-vous en contact avec un service Social ?

oui non

Si oui, coordonnées du travailleur social :

.....

Participez-vous régulièrement à des activités de loisirs ?

oui non

Si oui, laquelle (sport, spectacle, activités manuelles) :

Rencontrez-vous des difficultés financières ?

oui non

En cas de difficultés, (hébergement, financières) pouvez-vous compter sur votre entourage ?

Oui Non

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou enfants ? : Oui Non

III. Après votre séjour à la Clinique,

Retrouverez-vous votre logement ?

oui non

Avez-vous des projets, (travail, logement, famille, autre) ?

.....

.....

DOSSIER MEDICAL (à remplir par le médecin)

Séjour simple
(Durée 15 jours)

Séjour complexe
(Durée 5 à 8 semaines)

HDJ

I. Identification du patient :

Nom : Nom de jeune fille :

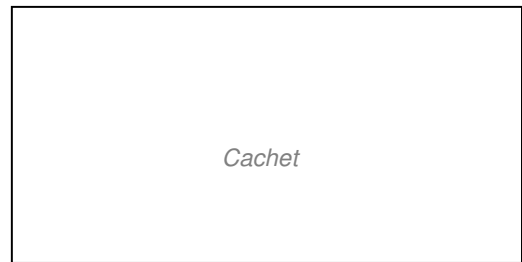
Prénom : Date de naissance :

II. Identification du médecin adresseur Ou professionnel paramédical :

Nom :

Prénom

Fonction :



Adresse :

CP : Ville :

Tél. : Mail :

Êtes-vous le médecin traitant du patient ? oui non

Êtes-vous le spécialiste qui le suit ? oui non

III. Conduites addictives actuelles :

Tabac oui non

Alcool oui non

Cannabis oui non

Cocaïne oui non

Héroïne oui non

Addiction médicamenteuse? oui non

si oui quel(s) médicament(s) ?

Addiction à d'autres produits? oui non

si oui lequel ou lesquels ?

Addiction au jeu ? oui non

Traitement de substitution aux opiacés ? oui non

Si oui lequel ?

Y a-t-il mésusage ? oui non

De quel(s) produit(s) veut se seurer le patient ?

.....
.....

IV. La demande de cure émane (plusieurs réponses possibles)

- Du patient
- De son entourage
- D'une proposition médicale
- De la justice

V. Histoire de l'addiction

- Début à l'adolescence
- Début à l'âge adulte
- Début il y a moins de 5 ans
- Début il y a plus de 10 ans

Y a-t-il eu des seurages physiques antérieurs (hospitalisations <12j) ou des seurages ambulatoires médicalisés ?

Oui non

Si oui, précisez :

Y a-t-il eu des cures antérieures (hospitalisations >21j) ?

Oui non

Si oui, précisez

Le patient a-t-il actuellement un suivi spécialisé oui non

- VI. Psychiatre précisez
- Addictologue précisez
- Autres précisez

VII. Répercussions de l'addiction

• Physiques

- Délirium tremens oui non Ne sait pas
- Coma éthylique oui non Ne sait pas
- Convulsions oui non Ne sait pas

• Familiales :

• Sociales:

• Professionnelles :

• Conséquences médico-légales :

- Retrait ou annulation du permis de conduire? oui non Ne sait pas
- Violence à personne oui non Ne sait pas
- Obligation de soin oui non Ne sait pas
- Condamnation actuelle oui non Ne sait pas
- Jugement à venir oui non Ne sait pas

VIII. Antécédents psychiatriques :

- ✓ Etat de stress post traumatique
- ✓ Troubles bipolaires
- ✓ Troubles anxieux
- ✓ Dépressions récurrentes sous emprise d'alcool
- ✓ Dépressions récurrentes sans alcool
- ✓ Ivresses pathologiques
- ✓ Episodes psychotiques pharmaco induits
- ✓ Tentative d'autolyse sous emprise d'alcool

- ✓ Tentative d'autolyse sans alcool
- ✓ Psychose chronique
- ✓ Troubles du comportement alimentaire
- ✓ Hospitalisation en psychiatrie

Situation psychique actuelle : stable instable

IX. Antécédents somatiques (préciser si besoin) :

- Médicaux :
- Chirurgicaux:

- Le patient présente-t-il une insuffisance hépatique sévère ? oui non
- Existe-t-il une altération cognitive sévère ? oui non
- Des troubles graves de la mémoire ? oui non
- Le patient nécessite-t-il de l'O2 ? oui non
- Le patient présente-t-il un état de dénutrition ? oui non

X. Autonomie du patient

- Le patient est-il capable d'assurer les gestes de la vie quotidienne ? oui non
- Le patient est-il capable de monter un escalier ? oui non
- Le patient est-il capable de comprendre et de parler le français sans difficulté ? oui non
- Existe-t-il un déficit sensoriel (auditif ou visuel) ? oui non
- Si oui, est-il sévère ou modéré ?

.....

XI. Traitement actuel (ou joindre une copie de la dernière ordonnance)

Commentaires :

Date :
Nom du praticien :

Signature :

Selon l'article 9 du code civil et l'article L1110-4 du code de la santé publique, chacun a le droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

AUTORISATION D'UTILISATION DU SUPPORT PHOTOGRAPHIQUE

Je soussigné (e),

NOM de naissance :Nom d'usage :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

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

Admis au Centre de Soins de la Bréhonnière à compter du __ / __ / __

autorise le Centre de la Bréhonnière à me photographier et à utiliser ce support photographique tout au long de mon séjour afin de contribuer à la sécurité de mes soins.

L'utilisation de votre photographie se fera sur support papier et numérique. Ces photographies ne seront ni communiquées à des personnes extérieures de l'établissement, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages. Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui vous concerne est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de cette photographie si vous le jugez utile.

n'autorise pas le Centre de la Bréhonnière à me photographier.

Fait à.....le.....

Signature du patient :

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(e),
Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom(s) de naissance :
Date et lieu de naissance :
Adresse :
Téléphone(s) : @mail :

FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je souhaite désigner comme personne de confiance

Madame

Monsieur

Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom(s) de naissance :
Date et lieu de naissance :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone(s) : @mail :

Qualité (lien avec la personne) :

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions

Oui

Non

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation.

- J'ai été informé(e) 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 par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation.
- La personne de confiance est en droit de refuser cette désignation.

Fait à
Le
Signature du patient

Fait à
Le
Cosignature personne de confiance



Il s'agit d'une déclaration écrite. Si un jour votre état de santé ne vous permet plus de vous exprimer, vos directives anticipées permettront aux équipes médicales responsables de votre prise en charge, de connaître vos souhaits en matière de traitements et de soins médicaux. Elles vous permettent de garder le contrôle de vos soins de santé, même dans des situations où vous ne pouvez pas communiquer vos préférences.

? COMMENT ÇA MARCHE ?



QUAND PEUT-ON LES ÉCRIRE ?

L'objectif des directives anticipées et de communiquer à l'avance vos préférences. Vous pouvez donc les rédiger quand vous voulez, que vous soyez malade, ou non.



COMMENT LES RÉDIGER ?

Vous pouvez les écrire sur un simple papier ou sur le formulaire accessible sur sante.gouv.fr

? AVEC QUI EN PARLER ?

POUR DEMANDER DES CONSEILS :



Les professionnels
de santé



Votre personne de
confiance, vos proches...



Des associations
de patients

POUR INFORMER DE L'EXISTENCE DE VOS DIRECTIVES ANTICIPÉES ET DE COMMENT Y ACCÉDER :



Votre médecin



Votre personne de
confiance, vos proches...

QUE PEUT-ON INDIQUER DANS LES DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

Vous avez le droit de décider des éléments que vous souhaitez y inclure. Cela peut concerner :



L'assistance respiratoire



L'acharnement thérapeutique



La réanimation



Autres (alimentation, hydratation, préférence de traitements...)

Vous pouvez également y préciser vos souhaits non médicaux et vos croyances.



Pour plus d'informations, vous pouvez regarder la courte vidéo accessible depuis le QR ci-dessous :



? COMMENT LES CONSERVER ?



Dans votre dossier médical partagé, en vous connectant à monespacesante.fr



En les confiant à votre médecin



En les gardant avec vous, en informant vos proches de comment y accéder

ATTENTION

LORS DE CHAQUE HOSPITALISATION

Il est important d'informer l'établissement responsable de votre prise en charge de l'existence, ou non, de vos directives anticipées, et de comment y accéder

COMMUNICATION DES INFORMATIONS CONCERNANT VOS DIRECTIVES ANTICIPÉES



La confidentialité est essentielle concernant vos directives anticipées : Vous n'êtes pas obligé de les partager avec qui que ce soit, sauf si vous le souhaitez. Si vous décidez de partager vos DA avec nos équipes, soyez assuré qu'elles seront traitées avec la plus grande discrétion et respect.