

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. Votre justificatif d'identité doit être au même nom que votre dossier. Dans le cas contraire, munissez-vous de votre liuret de famille**
 - o Une photocopie de votre carte mutuelle ou de votre attestation CSS en cours de validité à la date de l'hospitalisation
 - o La fiche de désignation de la personne de confiance
 - o Une information sur vos directives anticipées

Nous vous demandons de privilégier l'envoi de votre dossier d'admission de préférence, par messagerie sécurisée secretariat.cliniquedelabrehonniere@esantepdl.mssante.fr, par voie postale ou directement sur place si cela est possible.

Pour les professionnels de santé, l'envoi sur la messagerie sécurisée secretariat.cliniquedelabrehonniere@esantepdl.mssante.fr est obligatoire.

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..... Nom utilisé

Prénom de naissance.....

Adresse

Code Postal Ville

Téléphone Mail

Votre adresse MSS citoyenne

(Adresse se terminant par @patient.mssante.fr) que vous trouverez sur l'application « Mon Espace Santé ».

Cf document de présentation de « Mon Espace Santé »

Autorisez-vous la Clinique de La Bréhonnière à accéder à votre adresse MSS citoyenne :

oui non

Autorisez-vous le médecin de la Clinique de La Bréhonnière à accéder à votre Dossier Médical Partagé ?

oui non

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

Présentation de Mon Espace Santé

- Ma Messagerie Sécurisée sur Mon Espace Santé



La messagerie sécurisée de santé, vous connaissez?

Échangez en toute sécurité avec les professionnels de santé impliqués dans votre parcours de soin :

- Vous disposez d'une adresse unique et protégée : *****@patient.mssante.fr**
- Vous recevez une notification lorsqu'un professionnel de santé vous écrit
- C'est le professionnel de santé qui initie l'échange

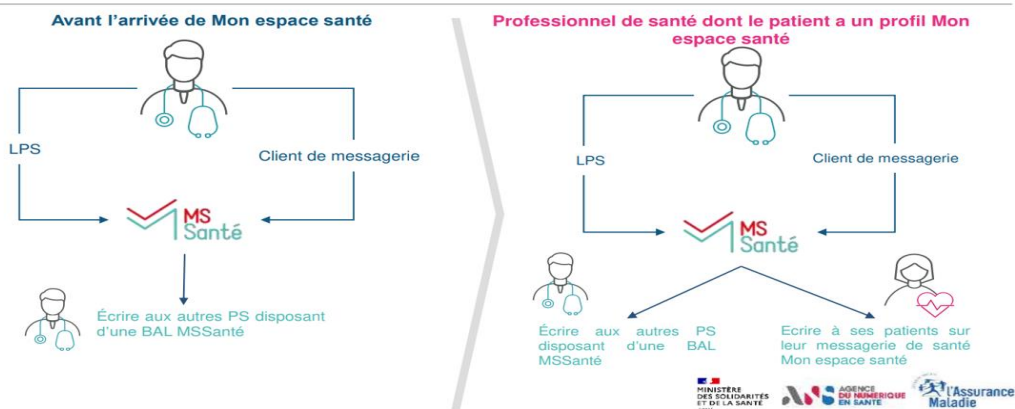
Convaincu ? Allez sur le site monespacesante.fr ou téléchargez l'application mobile pour activer votre profil

Une question ? Consultez la rubrique « Besoin d'aide » sur monespacesante.fr ou appelez le 3422

mon ESPACE SANTÉ
VOUS AVEZ LA MAIN SUR VOTRE SANTÉ.

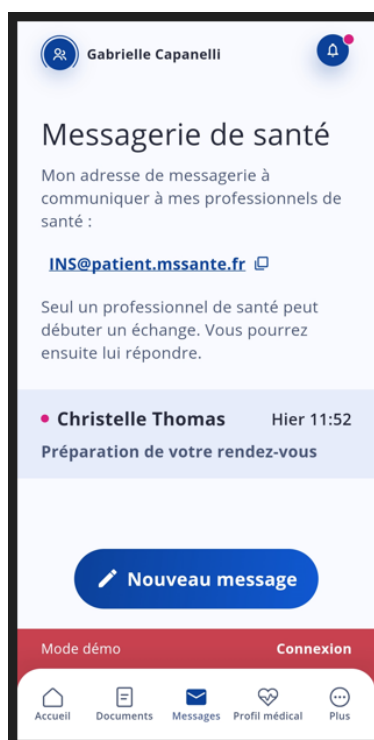
3. Fonctionnalités Focus sur la messagerie sécurisée

MON ESPACE SANTÉ



J'accède à Ma Messagerie Sécurisée depuis *Mon Espace Santé*

- 1- Je me connecte à Mon Espace Santé
- 2- Je choisis Messages
- 3- Je consulte mes Messages transmis par un professionnel de Santé et je peux échanger avec lui après lui avoir donné mon accord.



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 CSS), 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 CSS 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..... Nom utilisé

Prénom de Naissance

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 de naissance Nom utilisé

Prénom de naissance Date de naissance

II. Identification du médecin adresseur Ou professionnel paramédical :

Nom :

Prénom

Fonction :

Adresse :

CP Ville

Tél. Mail.....

Mail sécurisé.....

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) ?

Cachet

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

Psychiatre précisez

Addictologue précisez

Autres précisez

VI. 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

VII. 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

VIII. 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

IX. 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 ?

.....

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

Commentaires :

Date :
Nom du praticien :

Signature :

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 utilisé :
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 utilisé :

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.