

Dossier d'admission

Séjour de 6 semaines



Centre de soins Le Boy

Soins Médicaux et de Réadaptation

Conduites addictives

1 rue du Boy

Le Boy

48000 Lanuéjols

N°FINESS 480780212

Tél. : 04.66.42.52.00

E-mail : admission@ssraleboy.fr

Site : www.ssraleboy.fr

L'établissement propose un séjour de soins d'une durée de 6 semaines destiné à des personnes majeures ayant une conduite addictive (addiction avec ou sans produit).

Les personnes accueillies trouveront une équipe soignante et un ensemble de moyens de nature à favoriser leur démarche de soins. Le sevrage constitue un préalable indispensable.

Nous attendons un réel engagement et une volonté affirmée de s'impliquer dans un contrat passé entre l'équipe soignante et la personne accueillie.

Association Les Amis de la Providence

INDICATIONS A L'ADMISSION

Prendre connaissance du règlement de fonctionnement dans le livret d'accueil

Le séjour s'adresse à des personnes répondant aux 3 critères suivants :

- Personnes majeures ayant une conduite addictive associée à des troubles fonctionnels et/ou physiques et/ou cognitifs et/ou psychologiques et/ou sociaux.
- Personnes volontaires et motivées dans une démarche de soins afin de :
 - Poursuivre une réflexion sur le sens de leur comportement addictif,
 - Réfléchir à un projet d'abstinence,
 - Mieux connaître les risques liés à leur comportement.
- Personnes désirant expérimenter un changement de mode de vie (ce séjour représente une étape dans leur trajectoire de soin).

Les limites à l'admission :

- Les personnes non sevrées
- Les personnes présentant des troubles psychiatriques ou somatiques non stabilisés.
- Les personnes en incapacité sur le(s) plan(s) physique et/ou psychologique de participer aux activités thérapeutiques qui leur sont proposées.
- Les personnes inaptes à la vie en collectivité.
- La non-adhésion au contrat thérapeutique proposé par la structure et la non-coopération aux soins.

ORGANISATION THÉRAPEUTIQUE

- **Les entrées se font impérativement le matin :**

- le **jeudi pour les séjours de 6 semaines**

- le **mercredi pour les séjours de 3 semaines, courts séjours et séjours de consolidation**

La première demi-journée est consacrée à l'**accueil et à l'installation** (un patient vous parrainera les premiers jours).

- **Le séjour se décompose en trois phases :**

- Les 3 premières semaines sont planifiées par l'institution.

- Les 3 dernières semaines, des groupes de réflexion -dont le choix est laissé à l'initiative du patient pour préparer l'après séjour- sont proposés.

Un membre du personnel sera votre référent tout le long du séjour.

- **Les sorties ont lieu le jeudi quel que soit le type de séjour.**

- **Le bon de transport**

Le mode de transport est une prescription médicale : c'est le médecin qui décide du moyen de transport adapté à votre état de santé. Cette prescription doit être établie avant le transport (et avec entente préalable si la distance est supérieure à 150 km). **Il est indispensable de prévoir en même temps les modalités du retour (train, bus, véhicule personnel, véhicule accompagné).**

Attention : le transport peut être remboursé sur la base de l'établissement similaire le plus proche du domicile.

LES DIFFÉRENTS AXES DE L'ACCOMPAGNEMENT

- **Le suivi médical et les soins**

Le suivi médical est assuré par les médecins, infirmiers(ères) et accompagnant éducatif et social.

Les médicaments sont gérés et distribués par l'infirmier(ère).

- **Le travail psychologique**

La problématique addictive est abordée avec un psychologue, en individuel et en groupe.

- **Les ateliers thérapeutiques**

Ils sont au nombre de 5 : **Ergothérapie, Nature** (espaces verts, jardinage, basse-cour...), **Expression écrite, Atelier créativité** (dessins, sculpture, modelage ...) **Activités manuelles** (confection tissus, couture...), **Ergothérapie, art-thérapie**.

Ils permettent de s'inscrire dans des rythmes sociaux et de se redécouvrir dans ses réalisations.

- **Les techniques à médiation corporelle**

L'activité physique adaptée, la relaxation et les soins esthétiques, sont adaptés à chacun et ont pour objectif de retrouver un mieux être corporel.

- **Séances d'informations et d'éducation à la santé**

- **Le suivi social**

Dans le but de préparer la sortie, des entretiens individuels sont proposés avec conseil, soutien et accompagnement.

- **La vie sociale institutionnelle**

Elle est favorisée et soutenue par la présence d'une animatrice.

Le temps de sommeil est sécurisé par la présence d'un veilleur et d'un infirmier(ère).

CONSTITUTION DU DOSSIER

Nous attirons votre attention sur la nécessité de tous ces documents.

Tout dossier incomplet entraîne un retard d'admission.

Merci de le transmettre par mail uniquement au format PDF ou Word à l'adresse : admission@ssraleboy.fr ou par courrier.

Pour les professionnels de santé, merci de privilégier l'envoi du dossier sur la messagerie sécurisée : admission@ssraleboy.mssante.fr

Nous vous contacterons quand votre dossier sera passer en commission et vous remercions de ne pas nous appeler avant.

Je soussigné Mme, M. _____
Certifie avoir pris connaissance du Règlement de Fonctionnement du Centre de Soins le Boy, et m'engage à le respecter.
Je joins les pièces suivantes :

- ☐ Constitution du dossier p.5
- ☐ Fiche administrative individuelle p.6
- ☐ Désignation d'une personne de confiance et d'une personne à prévenir p.7
- ☐ Lettre de présentation du patient p.8
- ☐ Renseignements demandés au prescripteur p.9 à 11
- ☐ Bilans biologique et sérologique p.10
- ☐ Photocopie d'une pièce d'identité
- ☐ Photocopie de l'**Attestation des droits CPAM, MSA...**
- ☐ Photocopie de l'attestation de la carte de **complémentaire santé** (mutuelle ou CSS)

Je m'engage également au paiement du forfait journalier :

- ☐ Par moi-même ☐ Par ma complémentaire de santé (mutuelle)
- ☐ Autre (préciser)

Au paiement du ticket modérateur :

- ☐ Par moi-même ☐ Par ma complémentaire de santé (mutuelle)
- ☐ Autre (préciser)

☐ **J'accepte la facturation de la chambre individuelle à ma mutuelle, dans la limite des droits ouverts.**

Accès à mon Dossier Médical Partagé (DMP) :

J'autorise le médecin de l'établissement à consulter mon DMP ☐ OUI ☐ NON.

J'autorise l'établissement à envoyer la lettre de sortie sur ma Messagerie Santé Citoyenne ☐ OUI ☐ NON.

Date et signature,

FICHE ADMINISTRATIVE INDIVIDUELLE

Merci de le transmettre par mail uniquement au format PDF ou word à l'adresse : admission@ssraleboy.fr ou par courrier.

Pour les professionnels de santé, merci de privilégier l'envoi du dossier sur la messagerie sécurisée : admission@ssraleboy.mssante.fr

Nom : Nom de naissance :
Prénom : Sexe :
Date de naissance : Adresse Mail :
Tél. Fixe : Tél portable :

Adresse actuelle :

Mesures de protection ? ☐ oui ☐ non
Si oui : ☐ tutelle ☐ curatelle ☐ sauvegarde de justice

→ Si oui, coordonnées de la personne ou du service en charge de cette mesure :

Nom & prénom : Tél. :
Adresse :

Suivi social régulier ? ☐ oui ☐ non

→ Si oui, coordonnées de la personne ou du service en charge de ce suivi :

Nom & prénom : Tél. :
Adresse :

Situation familiale : ☐ marié(e) ☐ divorcé(e) ☐ séparé(e) ☐ veuf(veuve)
☐ célibataire ☐ concubin(e) ☐ Pacsé(e)

Nombre d'enfants : Âge des enfants :

Logement ? ☐ oui ☐ non
Si oui : ☐ propriétaire ☐ locataire ☐ hébergé(e) ☐ CHRS

→ Si problème de logement, qu'avez-vous prévu pour régulariser votre situation d'ici la fin de la postcure ?

Situation professionnelle : ☐ actif ☐ sans emploi ☐ retraité

Si actif, emploi actuel :

Ressources : ☐ salaire ☐ retraite ☐ ASSEDIC ☐ RSA ☐ AAH ☐ autres

Observations diverses :

Nom de la personne ayant rempli la fiche :

Tél. :

DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE ET D'UNE PERSONNE À PRÉVENIR

Toute personne a la possibilité, si elle le souhaite, de désigner une personne de confiance et une personne à prévenir qu'elle choisit librement dans son entourage.

Je soussigné(e)

Nom _____ Prénom _____

• PERSONNE À PRÉVENIR :

Nom, prénom _____

Tél. fixe _____ Portable _____

Adresse _____

Lien avec la personne _____

• PERSONNE DE CONFIANCE :

Nom, prénom _____

Tél. fixe _____ Portable _____

Adresse _____

Lien avec la personne (parent, proche, médecin traitant) _____

Pour m'assister en cas de besoin, en qualité de personne de confiance

- ☐ Jusqu'à ce que j'en décide autrement,
☐ Uniquement pour la durée de séjour dans l'établissement.

J'ai bien noté que la personne de confiance :

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin.
- Sera informé(e) par mes soins de cette désignation pour laquelle je devrai m'assurer de son accord formalisé par sa signature ci-dessous.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Personne de confiance	Patient
Date :	Date :
Signature :	Signature :

N.B. : La non désignation d'une personne de confiance ne fait pas obstruction à l'admission du patient.

LETTRE DE PRÉSENTATION DU PATIENT

Afin de s'assurer que notre accompagnement thérapeutique corresponde au mieux à votre problématique, nous vous demandons d'écrire un courrier. Pour vous aider, vous pouvez éventuellement utiliser les questions ci-dessous pour rédiger votre lettre.

Nom :

Prénom :

- Quels comportements (jeux pathologiques, achats compulsifs...) ou produits (alcool, héroïne, cocaïne, cannabis...) posent problème ? Et depuis quand ?
- Quelles sont les conséquences de votre addiction (sur votre santé, votre emploi, vos relations) ?
- Est-ce votre première démarche de soin (si non, pouvez-vous nous indiquer votre parcours antérieur) ?
- Périodes d'abstinences antérieures ?
- Qu'est-ce qui est à l'origine de la demande actuelle ?
- En quoi un séjour au Boy peut-il vous aider ?
- Comment avez-vous fait le choix du Boy ?
- Pensez-vous poursuivre un accompagnement médico-social à la sortie ?
- Quelle est la qualité des liens que vous entretenez avec votre famille ?
- Quelles sont vos occupations habituelles, vos loisirs ou centres d'intérêt ?
- Y a t'il eu des changements importants dans votre vie (séparation, deuil, licenciement, déménagement, maladie) ?

RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS AU PRESCRIPTEUR

Le guide ci-dessous aidera à rédiger le compte-rendu médical,
tout en répondant à nos attentes.

Merci de le transmettre par mail , uniquement au format PDF ou word à l'adresse :
admission@ssraleboy.fr ou par courrier

Pour les professionnels de santé, merci de privilégier l'envoi du dossier sur la
messagerie sécurisée : admission@ssraleboy.mssante.fr

Nom :

Prénom :

- Motif d'hospitalisation avec objectifs de la prise en charge tels qu'ils ont été présentés au patient et à ses proches.

- Sevrage ambulatoire ou hospitalier prévu ? (si oui, lieu et date)

- Sevrages et postcures antérieurs : dates/lieux ?

- Histoire addictologique : alcool/autres produits dont médicaments avec mésusage/addictions sans substances

- Antécédents (Merci de préciser si ces affections entrent dans le cadre d'une ALD en cours)

Chirurgicaux :

Médicaux :

Psychiatriques :

Familiaux :

Allergies : médicamenteuse/alimentaire/autre :

- Pathologies actuelles (**Merci de préciser si ces affections entrent dans le cadre d'une ALD en cours**)
- Si le patient bénéficie d'une ALD préciser pour quelle pathologie et joindre la copie du protocole de soin :
- Etat psychique actuel :

Bilan biologique récent à fournir avec à MINIMA :
NFSp, Na, K, créat, BH, TP, Glycémie, EAL (chol, tot, LDL, HDL, trigly)
et sérologies VIH, VHB, VHC.

- Si imagerie récente, merci de fournir les comptes rendus
- Traitement habituel (ou joindre ordonnance)

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

- Autonomie

	Fait seul	Avec aide (préciser)
Se déplacer		
Se laver		
S'alimenter/boire		
Se vêtir		
Hygiène corporelle		
Elimination urinaire/fécale		
S'orienter		
Compréhension/communication		
Mémorisation		

- Un projet de suivi ultérieur est-il établi ?

- Commentaires éventuels ?

- Coordonnées du médecin traitant :

☐ Mme ☐ M.

Nom _____ Prénom _____

Code postal _____ Ville _____

OU

☐ Pas de médecin traitant déclaré

- Coordonnées du psychiatre et/ou de l'addictologue référent

☐ Mme ☐ M.

Nom _____ Prénom _____

Code postal _____ Ville _____

Je soussigné, Dr _____

Certifie que l'état de santé de Mme, M. _____

Nécessite un séjour de postcure dans votre établissement.

Cachet du prescripteur

N.B. : Un compte-rendu du déroulement de la postcure sera adressé au médecin prescripteur du séjour, sauf avis contraire du patient, et au(x) médecin(s) choisi(s) par le patient (médecin traitant, addictologue, spécialiste...).



Centre de soins Le Boy
Soins Médicaux et de Réadaptation Conduites Addictives
1 rue du Boy - Le Boy - 48000 LANUEJOLS
Tél : 04 66 42 52 00
N° FINESS : 480780212

Madame, Monsieur,

NOUS ATTIRONS VOTRE ATTENTION, SI VOUS POSSEDEZ UNE MUTUELLE.

Vous vous préparez à venir effectuer une posture dans notre établissement, mais vous ne connaissez pas vraiment les garanties couvertes par votre contrat Mutuelle, ni la nature des remboursements accordés par celle-ci.

De ce fait, afin de vous assurer que les prestations ne soient pas à vos frais, nous vous demandons de vérifier si votre contrat Mutuelle prend en charge des soins en addictologie avec le **code DMT 518 et le numéro FINESS 480 780 212.**

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.