

# Dossier d'admission

## Séjour de 3 semaines



### Centre de soins Le Boy

Soins Médicaux et de Réadaptation

Conduites addictives

*Château du Boy*

*48000 Lanuéjols*

*N°FINESS 480780212*

Tél. : 04.66.42.52.00

Fax : 04.66.48.01.52

E-mail : [admission@ssraleboy.fr](mailto:admission@ssraleboy.fr)

Site : [www.ssraleboy.fr](http://www.ssraleboy.fr)

# INDICATIONS A L'ADMISSION

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

### Le séjour de consolidation de 3 semaines vise à :

- Consolider une démarche de soin antérieure.
- Consolider le sevrage.
- Faire le point dans un travail de réflexion sur le moment de vie dans lequel vous êtes.

### 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 le mercredi matin..**

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

### • **Le séjour se décline en deux parties :**

- Un temps de rencontres individuelles selon des rendez-vous obligatoires qui vous seront donnés au fil du séjour (avec le médecin, la psychologue et la conseillère sociale). Ces rencontres nous permettront de construire avec vous une évaluation de votre situation en vue d'une proposition d'orientation au terme du séjour.
- Un temps de vie en collectivité : vous partagerez des temps collectifs avec des personnes qui sont engagées dans un séjour long ; au même titre que ces personnes, nous vous demandons de vous référer au Règlement Intérieur et au livret du patient délivré lors de l'accueil par le service infirmier qui assurera auprès de vous le rôle de référent pour vous guider tout au long de votre séjour et établir avec vous le planning des activités.  
Votre présence au groupe de parole est obligatoire. Se référer à l'affichage.

### • **Les sorties ont lieu le jeudi.**

### • **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 souhaitable de prévoir en même temps les modalités du retour.

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

# CONSTITUTION DU DOSSIER

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

**Tout dossier incomplet entraîne un retard d'admission.**

**Merci de le transmettre par mail, uniquement format PDF ou word, à l'adresse : [admission@ssraleboy.fr](mailto:admission@ssraleboy.fr) ou par courrier.**

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 :

- La photocopie d'une pièce d'identité si changement depuis le séjour précédent
- La fiche administrative individuelle (à remplir)
- La lettre de présentation du patient (à rédiger)
- Le courrier (cf. fiche "Renseignements demandés au prescripteur")
- Une photocopie de l'**Attestation vitale** (et non de la Carte Vitale)
- Une photocopie de l'attestation de la carte de **complémentaire santé** (mutuelle ou CSS)
- Un bulletin d'hospitalisation (si hospitalisation en cours)

**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.**

**Date et signature,**

## **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.

# FICHE ADMINISTRATIVE INDIVIDUELLE

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

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. :

# 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 :

- Que s'est-il passé depuis votre dernier séjour au centre de soins Le Boy ?
  - Avez-vous fait un suivi régulier ?
  - Si oui, avec qui ?
  - Y-a-t-il eu des changements importants dans votre vie depuis votre précédent séjour? Précisez lesquels.
  
- Qu'attendez-vous de votre séjour ?

# 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 en format PDF ou word à l'adresse : [admission@ssraleboy.fr](mailto:admission@ssraleboy.fr) ou par courrier

Nom :	Prénom :
-------	----------

Votre patient revient en court séjour de consolidation :

- Sevrage ambulatoire ou hospitalier prévu ? (Si oui, lieu et date) :
- Suivi en addictologie depuis le séjour précédent (Si oui, lequel) :
- Événements marquants depuis le précédent séjour (pathologie intercurrente, hospitalisation...):  
Merci de joindre les éventuels compte rendu d'hospitalisation ou des examens complémentaires réalisés.

- Etat psychique actuel :

- **Traitement en cours (ou joindre ordonnance)**

- 
- 
- 
- 
- 
- 

**Bilan biologique de moins de 6 mois à fournir avec à MINIMA : NFSp, Na, K, créat, BH, TP, Glycémie, EAL (chol, tot, LDL, HDL, trigly) et sérologies VIH, VHB, VHC.**

- 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 du séjour de consolidation 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...).*