

# Dossier d'admission



## 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)**

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.

# 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 de préférence 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 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.

## LES DIFFÉRENTS AXES DE L'ACCOMPAGNEMENT

- **Le suivi médical et les soins**

Le suivi médical est assuré par les médecins, infirmiers(ères) et aide-soignante. 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 ces documents.  
Tout dossier incomplet entraîne un retard d'admission.  
Merci de le transmettre par mail à l'adresse : [admission@ssraleboy.fr](mailto:admission@ssraleboy.fr)**

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
- La fiche administrative individuelle (à remplir)
- La fiche relative à la personne de confiance, si désignation de celle-ci
- La lettre de présentation du patient (à rédiger)
- Le courrier médical détaillé avec la dernière ordonnance et bilans biologique et/ou le compte-rendu (cf. fiche "Renseignements demandés au prescripteur")
- Une photocopie de l'**Attestation vitale** (et non de la Carte Vitale)
- Une photocopie de la carte de **complémentaire santé** (mutuelle ou CSS)
- Un bulletin d'hospitalisation (si hospitalisation en cours)
- Une prescription médicale de séjour (par le médecin prescripteur)

**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,**

# FICHE ADMINISTRATIVE INDIVIDUELLE

Merci de le transmettre par mail à l'adresse : [admission@ssraleboy.fr](mailto:admission@ssraleboy.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 : OUI  NON

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Tél. fixe \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Lien avec la personne \_\_\_\_\_

• PERSONNE DE CONFIANCE : OUI  NON

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.

Signature de la personne désignée

Fait à  
Signature

le

**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 à l'adresse : [admission@ssraleboy.fr](mailto:admission@ssraleboy.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**)

- 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  
Château du Boy - 48000 LANUEJOLS  
Tél : 04 66 42 52 00 - Fax : 04 66 48 01 52  
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 214 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.