



SMRA Le Boy - 1 rue du Boy - 48000 LANUÉJOLS

Tél. 04 66 42 52 00 - Finess 480780212

Mail : admission@ssraleboy.fr

Mail sécurisé professionnels de santé : admission@ssraleboy.mssante.fr

DOSSIER D'ADMISSION

Séjour de 3 ou 6 semaines

Préambule

Prenez le temps de lire le dossier, de bien le compléter, de cocher toutes les cases, de dater, signer, et de joindre toutes les pièces demandées car **un dossier incomplet retardera son traitement.**

Les documents transmis doivent être propres et lisibles, envoyés soit par mail **-uniquement au format PDF ou Word-**, soit par courrier.

Après étude de votre dossier, nous vous contacterons pour vous informer de la suite donnée à votre demande.

Durée du séjour (précisez votre choix) séjour de 3 semaines séjour de 6 semaines

Liste des documents constitutifs du dossier d'admission

- Fiche Dossier d'admission p. 1
- Fiche administrative individuelle p. 2
- Attestation d'hébergement uniquement si je suis hébergé.e par un tiers p. 3
- Désignation d'une personne à prévenir et d'une personne de confiance p. 4
- Lettre de présentation p. 5
- Renseignements demandés au prescripteur p. 6 à 8
- Bilan biologique et sérologique (- de 2 mois)
- Photocopie recto/verso d'une pièce d'identité (carte d'identité, passeport, carte de séjour)
- Photocopie de votre **attestation des droits CPAM, MSA...**
- Photocopie recto/verso de votre **carte de complémentaire santé ou de l'attestation CSS**
- Photocopie recto/verso de votre **carte vitale.**

Engagements / autorisations

En l'absence de prise en charge par ma mutuelle, je m'engage au paiement du forfait journalier et/ou du ticket modérateur	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'accepte que la facture de la chambre individuelle soit adressée à ma mutuelle, dans la limite des droits ouverts	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'autorise le médecin de l'établissement à consulter mon Dossier Médical Partagé (DMP)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'autorise l'établissement à envoyer la Lettre de sortie sur mon DMP et sur ma Messagerie Santé Citoyenne (MSC)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Informations importantes

- Je devrai présenter ma **carte vitale** et ma **pièce d'identité** le jour de mon admission.
- Je suis informé que c'est le médecin de l'établissement qui déterminera si un transport sanitaire (VSL...) est nécessaire, au regard de mon état de santé, pour mon retour au domicile et que si cela n'est pas le cas, il me faudra envisager un retour en véhicule personnel ou en transport en commun (bus, train...) et ce, même si j'habite à moins de 150 km.

Nom & prénom du patient		Date & signature	
------------------------------------	--	-----------------------------	--

FICHE ADMINISTRATIVE INDIVIDUELLE

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.ve sans emploi retraité.e

Si actif.ve, emploi actuel :

Ressources : salaire retraite ASSEDIC RSA AAH autres

Observations diverses :

ATTESTATION D'HÉBERGEMENT

Ce document n'est à remplir que si vous n'avez pas de domicile propre mais êtes hébergé.e par un tiers (famille, amis, CHRS...)

Je soussigné.e _____

Certifie être hébergé.e par Mme, M. _____

Adresse _____

à ma sortie du SMRA du Boy, et m'engage à y retourner.

Fait le

À

Signature

Partie à remplir par la personne qui m'héberge

Je soussigné.e _____

M'engage à héberger à mon domicile (adresse) : _____

Mme, M. _____

Né.e le _____ à _____

à sa sortie du SMRA du Boy.

Je joins un justificatif de mon domicile & une pièce d'identité recto verso lisible.

Fait le

À

Signature

DÉSIGNATION : PERSONNE À PRÉVENIR & PERSONNE DE CONFIANCE

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

Je soussigné.e

Nom et prénom du patient _____

Né.e le ____ / ____ / _____ désigne,

• 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 _____

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 :

LETTRE DE PRÉSENTATION DU PATIENT

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

Nom & prénom du patient	
-------------------------	--

- 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 dans notre établissement peut-il vous aider ?
- Comment avez-vous fait le choix de notre établissement ?
- 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 et si oui, lesquels (séparation, deuil, licenciement, déménagement, maladie) ?

RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS AU PRESCRIPTEUR

Les documents transmis doivent être propres et lisibles, envoyés soit par mail (uniquement au format PDF ou Word), soit par courrier.

Mail : admission@ssraleboy.fr

Mail sécurisé professionnels de santé : admission@ssraleboy.mssante.fr

Nom & prénom du patient	
------------------------------------	--

- 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 avant l'admission dans notre établissement ? (Si oui, date & lieu)
- Sevrages et postcures antérieurs ? (Si oui, date.s & lieu.x)
- Histoire addictologique : alcool / stupéfiants / 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 :

Poids :

Taille :

IMC :

- 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 :

- État psychique actuel :

Bilan biologique (- 2 mois) à fournir avec, à minima :
- NFSp, Na, K, créat, BH, TP, Glycémie, EAL (chol tot, LDL, HDL, trigly)
- 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		
Élimination urinaire/fécale		
S'orienter		
Compréhension/communication		
Mémorisation		

- Un projet de suivi ultérieur est-il établi ?

- Commentaires éventuels ?

- Coordonnées du médecin traitant :

Nom _____ Prénom _____

Code postal _____ Ville _____

OU

Pas de médecin traitant déclaré

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

Nom _____ Prénom _____

Code postal _____ Ville _____

Je soussigné.e, Dr.e _____

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, sauf avis contraire du patient, au médecin prescripteur du séjour, et au.x médecin.s choisi.s par le patient (médecin traitant, addictologue, spécialiste...).