

LETTRE D'INFORMATION POUR UNE ADMISSION

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir choisi le Centre Hospitalier Louis Sevestre pour effectuer votre démarche de soins. Nous tenons à vous informer que la durée de séjour dans notre établissement est de **90 jours**.

Afin de vous accueillir dans les meilleures conditions, nous allons vous demander de renseigner le dossier d'admission.

Ce dossier est à adresser complé par courrier, mail (accueil.admissions@chls.fr) ou par fax (02 47 42 47 04, auprès du service des admissions que vous pouvez joindre au 02.47.42.46.76 (ligne directe).

Une date d'entrée vous sera communiquée par courrier.

Cependant, nous vous demandons de confirmer **impérativement** votre venue **une semaine avant la date prévue**.

A votre arrivée, vous signerez un contrat thérapeutique qui comporte l'acceptation de trois axes de soins obligatoires :

- respecter les prescriptions médicamenteuses établies avec votre médecin référent
- participer à des groupes hebdomadaires durant toute la durée de votre séjour (conférence, vidéo thérapie, groupe de parole ...)
- participer à un atelier d'accompagnement, encadré par le personnel socio éducatif, même si vous êtes actuellement en invalidité ou en arrêt de travail.

Vous vous engagez, bien entendu, à ne consommer aucune substance psychoactive (alcool, cannabis, médicaments détournés, etc.) tout au long de votre séjour, y compris au cours des autorisations de sortie le weekend.

Dès l'acceptation de votre dossier, notre équipe pluri professionnelle se mobilisera pour vous accompagner au quotidien dans votre démarche de soins.

En espérant répondre à votre attente, nous vous prions de croire Madame, Mademoiselle, Monsieur, à l'assurance de nos sentiments respectueux.

Florent URO,
Directeur

Docteur Isabelle GABRIEL,
Médecin-Chef de pôle

Actualisation mars 2023

PIÈCES A FOURNIR POUR UNE ADMISSION

1. La fiche de renseignements administratifs
2. Le dossier médical à renseigner et à signer par le médecin de votre choix avec tampon, et à mettre sous pli confidentiel
3. Le certificat d'hébergement (uniquement si il n'y a pas de logement)
4. La prise en charge
5. L'engagement de durée de séjour
6. Le formulaire sur les directives anticipées
7. La photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport, en cours de validité.
8. Les photos d'identité. (5 photos)
9. Une lettre de motivation signée
(Vous pouvez la faire rédiger par votre entourage, si vous avez des difficultés d'écriture)
10. La photocopie de l'attestation de la carte vitale actualisée
Si ALD : photocopie du justificatif de l'Affection Longue Durée
11. La photocopie de la carte de mutuelle recto verso ou de l'attestation CSS
(Complémentaire Santé Solidaire)
12. Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)
13. Une attestation de responsabilité civile.
14. Le formulaire de désignation de la personne de confiance
15. La somme de 25€ en chèque ou en espèce pour bénéficier de la télévision

☞ Si vous êtes affilié(e) à une mutuelle, demandez un accord de prise en charge en précisant notre Code D.M.T. 214 (ce code est parfois exclu de votre garantie) ainsi que notre code Finess : 370000986.

☞ Si votre mutuelle ne prend pas en charge le ticket modérateur et le forfait journalier, ceux-ci resteront à votre charge et une première avance de 20 jours vous sera demandée lors de votre admission.



CENTRE HOSPITALIER LOUIS SEVESTRE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS À NOUS FOURNIR

NOUS RETOURNER CE DOCUMENT DUMENT REMPLI

Nom d'usage : Prénoms :

Nom de Naissance :

Né(e) le : à :

Domicile :

N° de téléphone : /...../...../...../...../...../ N° de portable : /...../...../...../...../...../

Adresse mail :@.....

Situation de famille : Célibataire : Marié(e) : Veuf(ve) : Divorcé(e) : Séparé(e) :

Union libre :

Profession :

Employeur :

Nombre d'enfants :

Etes-vous : Retraité(e) : en Invalidité : Au chômage :
depuis le : /...../...../...../

PERSONNE À PRÉVENIR :

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone : /...../...../...../...../...../

Parenté :

NOM DU MEDECIN TRAITANT:.....

Adresse :

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE :

Nom et adresse de votre Centre de Sécurité sociale :

.....

RECOPIER LA CARTE D'ASSURE SOCIAL (Indispensable)

Organisme d'affiliation	N° d'immatriculation	
.....	
Bénéficiaire	Droits jusqu'au	100 % jusqu'au
.....	/...../...../...../	/...../...../...../

MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE :

Caisse :

Adresse :

N° d'adhérent :

Assuré : Malade Conjoint(e) Autres

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES :

.....

.....

.....

DOSSIER MÉDICAL D'ADMISSION

(à faire compléter et signer impérativement par un médecin)

1. Identification du patient

Nom d'usage :

Prénoms :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Lieu :

Nationalité :

Adresse :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

2. Renseignements préalables sur l'autonomie du patient et sa participation obligatoire aux soins

1. Est-il autonome pour :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - La toilette | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - La prise des repas au self | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Les déplacements au sein de l'établissement | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

2. Peut-il participer :

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Aux ateliers d'accompagnement | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Aux groupes de parole hebdomadaire | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Merci de nous contacter si vous répondez non à une seule de ces 2 questions.

3. Présente t il des particularités cliniques pour la prise en charge

- | | | |
|--|--|------------------------------|
| - Appareillage respiratoire | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Si oui : <input type="checkbox"/> apnée du sommeil | <input type="checkbox"/> insuffisance respiratoire | |
| - Appareillage orthopédique | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Autres : | <input type="checkbox"/> oui | |
- lesquelles :

Merci de nous contacter si vous répondez oui à cette question.

Actualisation mars 2021

3. Identification du médecin adressant

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Mail :

4. Identification du médecin traitant référent (seulement si différent du médecin adressant)

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Mail :

5. Identification de la pharmacie de ville

6. Situation sociale

- Situation familiale

célibataire marié(e)/en couple divorcé(e) veuf (ve)

- Situation professionnelle

salarié en recherche d'emploi invalidité retraité
 autres

- Situation sociale

• Curatelle oui non

• Tutelle oui non

• Logement oui non
(si non, merci de renseigner le certificat d'hébergement)

• Suivi social oui non

Nom et coordonnées :

• Suivi judiciaire oui non

• Placement extérieur oui non



7. Motif de la demande de séjour

8. Antécédents

- Chirurgicaux

- Médicaux

- Psychiatriques

- Addictifs

- ALD Oui Non Motif ou pathologie de l'ALD :

9. Suivis antérieurs spécialisés en addictologie (ambulatoires - séjours hospitaliers)

10. Traitements en cours (nom du médicament et posologie)

- de substitution

- autres

11. Etat de santé actuel

- Psychique

- Somatique

- Allergies

- Nécessité d'un régime alimentaire spécifique

- Biologie récente (joindre 1 photocopie)

Poids :

Taille :

IMC :

Si patient hospitalisé, date de sortie prévue :

Date de la demande :

Signature et cachet :

CERTIFICAT D'HÉBERGEMENT

Ce certificat doit être accompagné de la photocopie recto verso de la pièce d'identité de la personne qui héberge.

Je soussigné (e)

Nom :

Prénoms :

En qualité de : Famille, à préciser :
 Structure Autre :

Demeurant (adresse complète)

.....
.....
.....

Atteste sur l'honneur héberger à l'adresse, ci-dessus indiquée,

Madame Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Né (e) le : à :

et m'engage à l'accueillir à sa sortie d'hospitalisation qu'elle qu'en soit la raison :

- Terme de l'hospitalisation (90 jours)
- Sortie anticipée sur sa demande ou la nôtre
(rupture de contrat thérapeutique, autres causes)

Fait à le

Signature de l'hébergeant :

Document à nous retourner, signé par vous,
avec la mention « lu et approuvé »

LA PRISE EN CHARGE

Nous vous informons qu'il vous appartient de vérifier auprès de votre mutuelle, la prise en charge de votre forfait journalier (et ticket modérateur si vous êtes pris en charge à 80 % par la Sécurité Sociale) pour notre Etablissement en précisant le code discipline 214.

Ce code étant exclu des garanties de certaines mutuelles, les frais resteront à votre charge en cas d'absence de prise en charge.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

La Directrice,

A. DARREYE

Fait à le

Signature

ENGAGEMENT DE DURÉE DE SÉJOUR

Je soussigné(e) atteste avoir bien été informé(e) que la durée de mon séjour au Centre Hospitalier Louis Sevestre, que je sollicite par le présent dossier d'admission, est bien de 90 jours et que je m'engage à respecter cette durée.

Date et signature

INFORMATIONS SUR LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Les directives anticipées ne sont prises en compte que si vous ne pouvez pas vous exprimer directement.

Pour quoi faire ?

- Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. C'est une possibilité qui vous est donnée.
- Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés. La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer.
- Si vous avez rédigé des directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer. La rédaction des directives anticipées n'est pas obligatoire.

Le médecin devra-t-il respecter vos directives ?

- Oui, c'est la loi : le médecin de même que tout autre professionnel de santé devra respecter les volontés exprimées dans vos directives anticipées, s'il arrive un jour que vous ne soyez plus en état de vous exprimer.
- Il ne pourra passer outre vos directives que dans les cas exceptionnels prévus par la loi.
- Les directives anticipées sont valables sans limite de temps mais vous pourrez toujours, à tout moment, les modifier dans le sens que vous souhaitez. En présence de plusieurs directives anticipées, le document le plus récent fera foi.

Avec qui en parler ?

- Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous conseille dans la rédaction de vos directives. Il pourra vous aider à envisager les diverses situations qui peuvent se présenter en fin de vie. Il pourra vous expliquer les traitements possibles, leur efficacité, leurs limites ou leurs désagréments. Cela pourra éclairer votre choix.
- Vous pouvez aussi vous rendre sur le site de la Haute Autorité de Santé qui donne des informations et des conseils pour rédiger vos directives anticipées : www.has-sante.fr
- Vous pouvez également en parler avec votre personne de confiance, personne qui est en mesure de témoigner de vos volontés, avec d'autres professionnels de santé, avec des associations ou avec des proches en qui vous avez confiance.

Vous ne souhaitez pas rédiger vos directives anticipées

- Je soussigné(e)..... atteste ne pas souhaiter rédiger mes directives anticipées
- Fait à : le
- Signature

Vous souhaitez rédiger vos directives anticipées

- Un formulaire vous est proposé ci-après.

Vous avez déjà rédigé vos directives anticipées

- Joindre une copie du document

Formulaire

Je soussigné rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1° A propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....

2° A propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet. La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

.....

3° A propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur. En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....

Fait le à Signature

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1 : Je soussigné(e) atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme

Fait le à

Signature

Témoin 2 : Je soussigné(e) atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme

Fait le à



Personne de confiance

La loi du 4 mars 2002 fait obligation aux établissements de santé de demander à toute personne hospitalisée, quelle qu'en soit la raison, de désigner une personne de confiance.
Vous pouvez désigner par écrit cette personne de confiance pour la durée de l'hospitalisation. La personne de confiance peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Elle sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information à cette fin. Si vous le souhaitez, la personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions.

Je soussigné(é) nom, prénom, date et lieu de naissance

.....
.....

Nomme la personne de confiance suivante :

Nom : Prénom :

Tel personnel : Professionnel :

Tel portable :

Qualité (lien avec la personne) :

Adresse :

.....

Comme personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Fait à, le

Signature du patient :

**Cosignature de la personne de confiance
Obligatoire :**

T A R I F S

A compter du 01/03/2021

PRIX DE JOURNEE	139.42 €
FORFAIT JOURNALIER (<i>jour de sortie définitive dû</i>)	20.00 €
CHAMBRE INDIVIDUELLE A et B (<i>jour de sortie définitive dû</i>)	27.00 €
CHAMBRE INDIVIDUELLE AB (<i>jour de sortie définitive dû</i>)	36.00 €
TELEVISION	
Casque :	13.00 €
Caution Télécommande :	25.00 €
ACCES WIFI	GRATUIT
1 CYCLE LAVAGE MACHINES A LAVER (<i>lessive inclue</i>)	2 €
1 CYCLE SECHAGE (<i>30 minutes</i>)	1€