

Madame, Monsieur,

En vue de votre admission en Hôpital de Jour au Centre Hospitalier Louis Sevestre, merci de bien vouloir fournir la liste des pièces ci-dessous :

- Ce dossier complet comprenant :
 - La fiche de renseignements administratifs et la prise en charge signée
 - Le dossier médical **à renseigner et à signer par le médecin de votre choix** et à mettre sous pli confidentiel
 - Le dossier social
 - Le contrat thérapeutique et les règles de vie
 - Le formulaire sur les directives anticipées
 - Le formulaire de désignation de la personne de confiance
- Une lettre de motivation signée
- La photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport, en cours de validité
- La photocopie de l'attestation de la carte vitale actualisée
Si ALD : photocopie du justificatif de l'Affection Longue Durée
- La photocopie de la carte de mutuelle recto-verso ou de l'attestation CSS (Complémentaire Santé Solidaire) ou de l'AME (Aide Médicale de l'État)
- Une attestation de responsabilité civile

Afin de traiter au mieux votre demande, merci de ne pas envoyer en double votre dossier.

Ce dossier est à adresser par courrier (Centre Hospitalier Louis Sevestre – La Futaie – 37390 La Membrolle sur Choisille) ou par mail (accueil.admissions@chls.fr), auprès du service des admissions joignable au 02.47.42.46.76.

Après évaluation de votre demande par la commission médicale, un courrier vous sera adressé.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

(à dûment compléter par le patient)

Nom d'usage :	Nom de naissance :
Prénom(s) :	Sexe : <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
Né(e) le :	à (nationalité) :
Adresse :	
CP :	Ville :
N° de tél. :	N° de portable :
Adresse mail :	@
Situation de famille : <input type="radio"/> célibataire <input type="radio"/> marié(e) <input type="radio"/> veuf(ve) <input type="radio"/> divorcé(e) <input type="radio"/> séparé(e) <input type="radio"/> union libre	
Nombre d'enfants :	
Êtes-vous : <input type="radio"/> en activité	<input type="radio"/> au chômage, depuis le :
Employeur :	
<input type="radio"/> en invalidité	<input type="radio"/> retraité

Personne à prévenir :		
Nom :	Prénom :	
Adresse :	CP :	Ville :
Numéro de tél. :		
Parenté :		

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 Établissement en précisant le **code discipline 518**.

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

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

La Directrice, A. DARREYE

Lu et approuvé, le : _____ à : _____

Signature :

Si vous êtes affilié(e) à une mutuelle, demandez un accord de prise en charge en précisant notre Code D.M.T. 518 (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.

VOLET MEDICAL

(à remplir uniquement par le médecin)

MEDECIN DEMANDEUR

Nom :		Prénom :	
Adresse :		CP :	Ville :
N° de tél. :	Fax :	Mail :	
Correspondants : Médecin traitant : Addictologue : Autres correspondants (psychiatre, spécialiste...) :			

PATIENT

Nom d'usage :		Nom de naissance :	
Prénom :		Sexe : <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	
Né(e) le :		à :	
Adresse :		CP :	Ville :
N° de tél. :			

OBJECTIF PRINCIPAL DE L'HOSPITALISATION EN HOPITAL DE JOUR :

- Sevrage thérapeutique** (uniquement en cas de dépendance physique légère à modérée)
- Contexte de crise / rechute récente ou risque de rechute**
- Consolidation de soins / prévention de la rechute**

CONDUITES ADDICTIVES

	Problématique actuelle	Problématique ancienne	Consommation actuelle/quantité	Objectif de changement
Alcool				
Tabac				
Cannabis				
Médicaments				
Opiacés				
Cocaïne				
Autres :				

Histoire des conduites addictives : consommations, prises en soins antérieures et actuelles, ATCD de complications de sevrage (DT, CC...), etc.

ANTECEDENTS (fournir les comptes-rendus disponibles) :

- Médicaux : _____

- Chirurgicaux : _____

- Psychiatriques : _____

Le patient bénéficie-t-il d'une **ALD 30** ? non oui

Si oui, pour quelle pathologie ? _____

Allergie (si oui, préciser) : _____

ÉTAT DE SANTE ACTUEL

Poids : _____ Taille : _____

Éléments cliniques significatifs (somatique et psychologique) :

TRAITEMENT ACTUEL, y compris les TSO (*joindre un double de l'ordonnance*)

Le patient a-t-il des restrictions à la pratique d'activité physique ou sportive :

non oui, préciser : _____

Pensez-vous que ce patient puisse rencontrer des difficultés lors d'activités groupales ?

non oui, préciser (troubles du comportement, troubles cognitifs majeurs...): _____

CAPACITE DU PATIENT A BENEFICIER DES SOINS EN HDJ

- Stabilité suffisante au plan addictologique, psychiatrique et somatique pour venir en HDJ :

non oui

En cas de dépendance sévère à l'alcool, un sevrage hospitalier préalable à l'admission sera nécessaire.

- Disponibilité pour venir plusieurs fois par semaine du lundi au vendredi en HDJ ?

oui non

arrêt de travail

mi-temps thérapeutique

activité professionnelle compatible

- Moyen de transport : véhicule personnel bus autre : _____

QU'ATTENDEZ-VOUS DE LA PRISE EN SOINS EN HDJ ?

Y a-t-il des éléments particuliers que vous souhaiteriez nous signaler pour optimiser la prise en charge ? _____

Date souhaitée de début de prise en charge : _____

Date de la demande :

**Signature et cachet du médecin adresseur
(obligatoire) :**

VOLET SOCIAL

(à compléter par le patient)

Logement

- propriétaire locataire foyer sans domicile expulsion locative (e)
 Hébergé

Mesure de protection

- tutelle curatelle mandataire familial mesure en cours

Nom du représentant légal :

N° de tél. :

Suivi social à l'extérieur

Nom et prénom :

Adresse mail :

N° de tél. :

Signature :

CONTRAT THERAPEUTIQUE

Aucun produit addictogène (drogue, alcool, etc.) ne peut être autorisé sur le site. La consommation de CBD n'est pas autorisée.

La venue sous substance est incompatible avec votre démarche de soins et remet donc en question votre journée d'hospitalisation.

L'accueil se fait à 09H00. A votre arrivée, nous vous demandons de vous présenter au bureau d'HDJ. La journée d'HDJ se termine à 16h30, un départ anticipé n'est possible que sur autorisation médicale.

Je m'engage à être présent sur l'ensemble de la session et à respecter le programme de soins établi lors de mon admission (entretiens individuels, groupes d'expression, activités artistiques et sportives, etc.).

Nous vous demandons de nous prévenir en cas d'absence ou de retard important en téléphonant à l'accueil au 02 47 42 46 46 ou à l'infirmier d'HDJ au 02 47 42 47 45.

REGLES DE VIE

Vous allez être amené à séjourner en collectivité, il vous est donc demandé de respecter certaines règles.

Nous vous demandons de manifester du respect envers les professionnels et les autres patients du Centre ainsi que le matériel.

La confidentialité est indispensable afin de pouvoir échanger sur son vécu de manière sereine.

Nous vous demandons de mettre votre portable en silencieux pendant la journée.

Nous vous prions de ne pas pénétrer dans les chambres des patients hospitalisés.

Les abris fumeurs sont les seuls lieux où il est autorisé de fumer. La vape est autorisée en extérieur.

Nous vous demandons de ne pas apporter d'objets de valeurs ; un casier personnel est à disposition pour la journée. La responsabilité de l'établissement ne peut être engagée en cas de perte ou de vol.

Deux absences consécutives non signalées ou le non-respect d'une de ces règles sont susceptibles d'entraîner l'arrêt de vos soins en hôpital de jour.

Ce contrat thérapeutique et les règles de vie seront à signer avec l'équipe soignante lors de votre admission.

INFORMATIONS SUR LES DIRECTIVES ANTICIPEES

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.

Le médecin devra-t-il respecter vos directives ?

- Oui, c'est la loi : le médecin de même que tout autre professionnel de santé devront respecter les volontés exprimées dans vos directives anticipées, s'il arrive un jour que vous ne soyez plus en état de vous exprimer.

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.

<input type="checkbox"/> Vous ne souhaitez pas rédiger vos directives anticipées	<ul style="list-style-type: none">• Je soussigné(e) atteste ne pas souhaiter rédiger mes directives anticipées• Fait à : le• Signature
<input type="checkbox"/> Vous avez déjà rédigé vos directives anticipées	<ul style="list-style-type: none">• Joindre une copie du document
<input type="checkbox"/> Vous souhaitez rédiger vos directives anticipées	<ul style="list-style-type: none">• Un formulaire vous est proposé sur le lien suivant : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fomulaire_de_directives_anticipees_valide_en_ciap.pdf• Vous pouvez remplir le document ci-dessous :

Je 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° à 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° à 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° à 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 :

DESIGNATION DE LA 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(e)	
Nom :	Prénom :
<input type="radio"/> Nomme la personne de confiance suivante :	
Nom :	Prénom :
N° de tél. :	
Qualité (lien avec la personne) :	
Comme personne de confiance.	
<input type="radio"/> Ne souhaite pas désigner de personne de confiance	

Signature du patient :

Cosignature de la personne de confiance obligatoire :