CENTRE HOSPITALIER LOUIS SEVESTRE
SMR – ADDICTOLOGIE - 37390 La Membrolle sur Choisille
Finess 370000986
02 47 42 46 46 communication@chls.fr

Madame, Monsieur,

En vue de votre admission 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**
- ○ Le contrat thérapeutique
- ○ Le formulaire sur les directives anticipées
- ○ Le formulaire de désignation de la personne de confiance
- ○ Le dossier social avec certificat d'hébergement (uniquement si absence de logement, fournir alors une copie de la pièce d'identité de l'hébergeant)

☐ Une lettre de motivation rédigée et signée par le patient

☐ La photocopie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport, en cours de validité

☐ 5 photos d'identité récentes

☐ 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)

☐ Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

☐ 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.***
Nous vous demandons de ***confirmer*** *votre venue* ***une semaine avant la date prévue.***

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

(à compléter par le patient)

Nom d'usage :	Nom de naissance :
Prénom(s) :	Sexe : ○ F ○ M
Né(e) le : à :	Nationalité :
Adresse :	
CP :	Ville :
N° de tél. :	N° de portable :
Adresse mail : @	
Numéro de sécurité sociale :	
Caisse d'assurance maladie :	Mutuelle :
Situation de famille : ○ célibataire ○marié(e) ○veuf(ve) ○divorcé(e) ○séparé(e) ○union libre	
Nombre d'enfants :	
Êtes-vous : ○ en activité - profession :	Employeur :
○Au chômage, depuis le :	
○ en invalidité	○ 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 compléter par le médecin)

MEDECIN DEMANDEUR

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

PATIENT

Nom d'usage :	Nom de naissance :	
Prénom :	Sexe : ○ F ○ M	
Né(e) le :	à :	
Adresse :	CP :	Ville :
N° de tél. :		

DEMANDE DE SOINS EN : ○ SMR-Addictologie
○ Unité Troubles Cognitifs Liés à l'Alcool

OBJECTIF(S) DU SEJOUR : _____

ADDICTIONS

	Actuelles (quantité/jour)	Passées
Alcool		
Tabac		
Cannabis		
Cocaïne		
Opiacés		
Médicaments		
Autres :		
Comportementale :		

Suivi antérieur en addictologie (préciser) : _____

Séjour(s) antérieur(s) en addictologie (sevrage, cure) : _____

ANTECEDENTS (fournir les comptes-rendus disponibles) :

- Médicaux : _____
  _____
  _____
- Chirurgicaux : _____
  _____
  _____
- Psychiatriques : _____
  _____
  _____

Allergie (si oui, préciser) : _____
Présence d'un appareillage respiratoire : ○ Non ○ Oui → ○ SAHOS ○ insuffisance respiratoire
Présence d'un appareillage orthopédique : ○ Non ○ Oui (préciser) _____

TRAITEMENT EN COURS (médicamenteux dont TSO, kinésithérapie…)

_____
_____
_____
_____
_____

Ou joindre une ordonnance récente.
Coordonnées de la pharmacie :

ÉTAT DE SANTE ACTUEL

État physique actuel (et préciser si AEG) : _____
Poids : _____ Taille : _____

Psychique (dont idéations suicidaires) : ○ Stabilisé ○ Non stabilisé (préciser) _____
Merci de fournir un bilan biologique récent (<2 mois).

AUTONOMIE – CAPACITE DU PATIENT A PARTICIPER AUX SOINS

	Autonome	Sur stimulation	Avec aides
Déplacements au sein de l'établissement			
Toilette			
Continence (préciser si sonde…)			
Prise des repas au self			
Participation aux ateliers thérapeutiques et au groupe de paroles hebdomadaires			

SI TROUBLES COGNITIFS EN VUE D'UNE PRISE EN CHARGE SPECIALISEE

Si disponible, merci de fournir le compte-rendu du bilan neurocognitif.

	Non	Oui
Troubles de la mémoire immédiate		
Troubles de la mémoire des faits anciens		
Troubles de l'orientation		
Troubles des fonctions exécutives (planification, adaptation, inhibition)		
Fabulations, fausses reconnaissances		

SOCIAL

Logement : ○ Non (préciser et fournir le certificat d'hébergement) ○ Oui
Mesures de protection : ○ Non ○ Oui → ○ Curatelle ○ Tutelle (préciser nom) : _____
Suivi social : ○ Non ○ Oui (préciser) : _____
Suivi judiciaire : ○ Non ○ Oui (préciser) : _____
Placement extérieur : ○ Non ○ Oui

PROJET A LA SORTIE

○ Retour à domicile
○ Poursuite des soins addictologiques (AT, CTR, CT…)
○ Lieu de vie pour personne dépendante (EHPAD, MAS…)
○ Autre :

Si patient hospitalisé, date de sortie prévue : _____

Date de la demande :

Signature et cachet du médecin adresseur (obligatoire) :

CONTRAT THERAPEUTIQUE

Nous nous engageons à vous accompagner au mieux dans votre projet de soins et dans l'élaboration d'un nouveau projet thérapeutique. Afin de mener au mieux ce travail collaboratif, nous vous invitons à respecter un certain nombre d'obligations listées ci-dessous :

Durant tout votre séjour
Nous vous invitons à rester au sein de l'unité de sevrage la première semaine.
Nous vous demandons de ne pas entrer dans les autres chambres.

L'abstinence : **Vous ne devez pas consommer d'alcool, de drogue, de médicaments, CBD…** aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement.
Un dépistage est possible à tout moment ainsi que la vérification de vos effets personnels.

Les soins : ceux-ci passent par : - le respect des prescriptions médicales.
- la présence à tous les groupes et réunions et conférences et ateliers.
A noter que toute inscription à une activité vous engage.

Les autorisations de sortie : Vous êtes sous l'autorité légale de l'établissement. Les autorisations de sortie ne peuvent être accordées sans prescription médicale et accord des cadres. Dans le cadre de votre parcours de soins, **le 1er mois, il n'y a pas d'autorisation de sortie le week-end** et ce, dans un but de protection. **Le 2ème mois, des autorisations de sortie de 12h peuvent être accordées. Le 3ème mois, deux autorisations de 36h (une seule nuit) peuvent être accordées.**

Tout comportement ou acte jugé inapproprié est susceptible de remettre en question votre hospitalisation. Vous vous engagez à ne pas détenir d'alcool, de médicaments, de produits illicites, d'arme, d'objets coupants, tranchants, etc.

Notre établissement est engagé dans une politique Lieu de Santé Sans Tabac, vous vous engagez donc à ne fumer que dans des lieux autorisés. La vape est autorisée uniquement en extérieur.

Ce contrat thérapeutique et les règles de vie (consultables sur notre site internet) 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.

☐ Vous **ne souhaitez pas rédiger** vos directives anticipées	• Je soussigné(e)..... atteste ne pas souhaiter rédiger mes directives anticipées • Fait à : ..... le ..... • **Signature**
☐ Vous **avez déjà rédigé** vos directives anticipées	• Joindre une copie du document
☐ Vous **souhaitez rédiger** vos directives anticipées	• 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 :
○ **Nomme la personne de confiance suivante :** Nom : N° de tél. : Qualité (lien avec la personne) : Comme personne de confiance.	Prénom :
○ **Ne souhaite pas désigner de personne de confiance**	

Signature du patient :	**Cosignature de la personne de confiance obligatoire :**

VOLET SOCIAL

Logement

○ propriétaire ○ locataire ○ foyer ○ sans domicile ○ expulsion locative (e)

○ **Hébergé : compléter le certificat d'hébergement ci- dessous**

Mesure de protection

○ tutelle ○ curatelle ○ mandataire familial ○ mesure en cours

Nom du représentant légal :

N° de tél. : Adresse mail :

Suivi social à l'extérieur

Nom et prénom :

Adresse mail : N° de tél. :

CERTIFICAT D'HEBERGEMENT

(à remplir par l'hébergeant et fournir une photocopie recto-verso de la pièce d'identité)

Je soussigné(e)

Nom et prénom : _____

En qualité de ○ Famille, lien à préciser :

○ Structure :

○ Autre :

Demeurant (adresse complète) : _____

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

○ Madame ○ Monsieur

Nom et prénom : _____

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)

Fait à : _____ Le : _____

Signature :