

# SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION EN ADDICTOLOGIE

## DOSSIER DE PRE - ADMISSION



SSR Addictologie

Groupe Hospitalier Seclin Carvin – Rue d'APOLDA B.P. 109  
59471 Seclin CEDEX – standard : 03.20.62.70.00



Site de Carvin : Accès par la Rue de la Peine 62220 CARVIN



03.21.77.28.15 (service)



03.21.77.28.20

### Cadre réservé au service de SSRA

Date de réception :

Référent :

O  N

Remarques :

**Dossier rempli par :**

(Nom, Prénom, Fonction)

**Adresse Professionnelle :**

**Téléphone et Fax :**

**Signature :**

**Pour les patients en cours d'hospitalisation :**

Date et lieu du début de la prise en charge :

Date de sortie prévue :

## Pièces à joindre impérativement

- Photocopie de l'attestation de la carte vitale mise à jour
- Photocopie de l'attestation C.M.U.C. ou carte de Mutuelle en cours de validité
- Photocopie de la Carte d'Identité ou du Passeport
- Projet de soins individualisé (3eme partie du dossier), complété par le patient
- Photocopie des examens médicaux complémentaires
- En cas d'hébergement chez un tiers ou en structure, veuillez joindre une attestation écrite

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA SYSTEMATIQUEMENT REFUSE**

# 1ère PARTIE : PARTIE SOCIALE

## Fiche administrative

### Identité du patient

NOM : Prénom :

NOM de jeune fille :

Sexe :  M  F

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

### Personne à contacter en cas d'urgence

Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom : Adresse :

Nom de jeune fille : Lien de parenté :

Prénom : Téléphone 1 :

Fax / e-mail : Téléphone 2 :

### Médecin traitant

Nom : Adresse :

Fax / e-mail :

Téléphone :

## Organisme d'assurance maladie délivrant la prise en charge

(joindre une photocopie de l'attestation actualisée des droits de l'organisme d'affiliation. La carte vitale doit être mise à jour avant le jour de l'admission)

Nom de l'organisme :

Téléphone :

Adresse :

Code postal :

Ville :

NOM de l'assuré :

Numéro d'immatriculation :

## Couverture maladie

Bénéficiez-vous d'une CMU  ou d'une AME  ?  Non  Oui Date de fin (fournir attestation):

**Bénéficiez-vous d'une invalidité ou d'une ALD au titre de la sécurité sociale ?**  Non  Oui Date de fin :

## Mutuelle de santé complémentaire (joindre une photocopie de la carte ou attestation mise à jour)

Intitulé :

Téléphone :

Adresse :

Code postal :

Ville :

NOM de l'assuré :

Numéro d'immatriculation :

Avant de nous faire parvenir le dossier, merci de prendre contact avec la mutuelle afin d'obtenir un **accord de prise en charge** pour les séjours en SSR Addictologie. Sans cette information importante, le dossier ne sera pas examiné.

**A transmettre à la mutuelle : Le CODE DMT est le 214. Le numéro FINESS de l'établissement est 590780227.**

Mutuelle contactée le .....	Accord de Prise en Charge	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Ticket modérateur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Forfait journalier	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
En cas de Prise en charge du Forfait journalier :	En cas de prise en charge pour la chambre particulière :		
Nombre de jour de prise en charge : .....	Nombre de jour de prise en charge : .....		
Nombre de jour de prise en charge restant à ce jour : .....	Nombre de jour de prise en charge restant à ce jour : .....		
Séjour pris en charge uniquement si transfert direct	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

## Fiche sociale

### Identité du patient

NOM :

Prénom :

### Service social ayant effectué avec le patient la demande de SSR Addictologie

Nom du service social/ Structure :

Téléphone :

Adresse :

Code postal :

Ville :

### Référent social

Nom :

Téléphone :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Mail / FAX :

### Protection juridique

Non

Tutelle

Curatelle

Curatelle renforcée

NOM :

Adresse :

Tél :

Courriel :

### Situation familiale

Marié (e)

Célibataire

PACS

Nombre d'enfants :

Concubinage

Veuf (ve)

Divorcé(e)

Personne à charge :

Climat des relations familiales :

## Situation professionnelle

- Emploi actuel :  Chômage  Arrêt de travail
- Invalidité :  Retraité  Autre :

## Logement après le séjour

- Logement personnel  **Logement inadapté à l'état de santé**  Foyer / hôtel (joindre l'attestation d'hébergement)
- Hébergement chez un proche (joindre l'attestation d'hébergement)  Sans domicile  Autre :

## Situation financière

- Ressources :  Dettes :

## Situation judiciaire

- Non  Suivi actuel :  Suivi passé :

## Projet après la postcure

## 2ème PARTIE : PARTIE MEDICALE

(a remplir uniquement par le medecin)

### OBJECTIFS DE SOINS ET DE READAPTATION / PROJET DE SOINS

<b>PATIENT</b>	Nom :	Prénom :	Date de naissance :
----------------	-------	----------	---------------------

<b>DATE :</b>	<b>SIGNATURE ET TAMPON DU MEDECIN :</b>
---------------	---

**Objectifs du séjour :**

**En plus du programme de soins communs à tous les patients, quels sont les soins personnalisés qui vous semblent nécessaires ?**

- Suivi psychologique individuel
- Evaluation neuropsychologique
- Remédiation cognitive
- Prise en charge de kinésithérapie
- Prise en charge diététique
- Prise en charge sociale

**Commentaires :**

**Evaluation du ou des soignants de la motivation du patient :**

<b>Suivi après la sortie :</b>	<b>Commentaires :</b>
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Par le médecin traitant</li><li><input type="checkbox"/> Par un CSAPA, à préciser</li><li><input type="checkbox"/> Par un CMP, à préciser</li><li><input type="checkbox"/> Par un service spécialisé, à préciser</li><li><input type="checkbox"/> Autre :</li> <li><input type="checkbox"/> Pas de suivi prévu</li></ul>	

## PARTIE MEDICALE - HISTOIRE MEDICALE

**ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX :**

**ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES :**

**ANTECEDENTS FAMILIAUX :**

**ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX :**

**ALLERGIES :**

**HISTOIRE DES CONDUITES ADDICTIVES** ( conditions de debut, duree, mode, prises en charges anterieures avec dates et lieux si possible, co-addictions, prise en charge actuelle)







# Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie

Site de Carvin : Accès par la Rue de la Peine – 62220 CARVIN

☎ 03.21.77.28.15 ☎ 03.21.77.28.20

## TROUSSEAU

### PREVOIR EN QUANTITE SUFFISANTE POUR VOTRE SEJOUR

#### 1. Nécessaire de toilette :

- Gants, serviettes, savon, brosse à dents avec gobelet, shampoing, nécessaire de rasage, déodorant, peigne, brosse, etc....

#### 2. Linge :

- Linge de corps, linge de nuit, tenue de ville, pull-over, etc. Prévoir du linge en quantité suffisante pour 4 semaines. Il n'y a pas de machine à laver dans le service.

#### 3. Pour les activités :

- Tenue de sport, jogging, tee-shirt, tennis ou chaussures de sport impérativement, vêtement de pluie.

#### 4. Pensez aussi à vous munir éventuellement :

- d'un cahier et d'un stylo, pour les activités (un cahier de bord est remis à l'entrée dans le service)

#### 5. Pour les effets personnels

- A partir de septembre 2018, merci de vous munir d'un cadenas pour fermer l'armoire de votre chambre.

## Règlement Intérieur

*Vous avez décidé de participer à un programme de soins dont l'objectif est de vous aider à résoudre vos difficultés avec l'alcool associé ou non à d'autres substances psychoactives. Nous vous demandons de respecter un certain nombre de règles de vie relatives à votre séjour et vous invitons à une lecture attentive de ce document.*

### 1 - L'ADMISSION

Un inventaire de vos effets personnels est réalisé le jour de l'entrée dans le service, avec remise à un membre de l'équipe soignante :

- de tous les médicaments ou traitement personnel,
- de toutes les boissons alcoolisées ou dites sans alcool,
- de toute les substances toxiques légales ou illégales.

Il est conseillé, dans la mesure du possible, de ne pas se munir d'objets de valeur ou de les déposer au coffre de l'administration le jour de l'admission ou en cours de séjour. **Le service n'est pas tenu pour responsable de toute disparition ou vol.**

### 2 - LES LOCAUX

L'usage du tabac est strictement interdit dans l'enceinte du service.

Le jour, seule la terrasse côté parc (accès salle à manger) est réservée à cet usage. La porte de la terrasse doit rester fermée.

La nuit, seule la terrasse intérieure est exceptionnellement accessible de 23 h 00 à 6 h 00.

Les tubes et les roulées se font uniquement en chambre ou sur la terrasse et non en salle à manger.

Ne pas mettre de cigarette non allumée à la bouche ou à l'oreille.

Ne pas poser cigarettes ou briquets sur la table lors des repas et activités.

#### La salle à manger :

La salle est réservée aux patients **pour les repas et les loisirs** (télévision, jeux de société, lecture...).

Les visites des familles n'y sont pas autorisées.

#### L'office :

Il est situé près de la salle à manger. **Son accès n'est autorisé qu'en présence du personnel et après accord.**

#### Les salles d'activités :

L'accès à la salle 2 n'est possible qu'en dehors des heures d'activités.

L'accès aux autres salles d'activité n'est possible qu'après accord d'un soignant.

Dans tous les cas, il est impératif de garder ces lieux **propres et rangés.**

#### La salle de soins (bureau infirmier) :

**L'accès n'est autorisé qu'en présence du personnel.**

#### Horaires des traitements :

- le matin : à partir de 7h30 et jusque 9h00
- le midi : à partir de 11h30 et jusque 12h15
- le soir : à partir de 18h30 et jusque 19h00



Penser à vous munir d'une bouteille d'eau et d'un verre si besoin avant de vous rendre à l'infirmierie

### Les chambres :

Elles sont équipées d'un chevet avec réfrigérateur, d'une salle de bain avec douche et cabinet de toilette. **L'entretien des chambres est à la charge du patient pour toute la durée du séjour.** Toute dégradation sera à la charge de l'occupant. Pour raison de sécurité, les appareils électriques sont limités (ex : chargeur téléphone, radio réveil...).

Les ordinateurs, tablettes, smartphones sont tolérés en dehors des horaires d'activité et ne doivent pas perturber la vie du service ou les soins proposés.

Pour des raisons de sécurité, les bouilloires, les cafetières ou tout autre appareil à résistance sont interdits.

Il est interdit d'entrer dans les chambres des autres patients, vous pouvez échanger dans les espaces de vie communs mis à disposition.

### L'hygiène :

L'hygiène corporelle doit être satisfaisante.

Seuls les draps et les taies d'oreillers sont fournis par l'établissement. Pensez à vous munir de votre nécessaire de toilette (savon, gants, serviettes de toilette).

Le service dispose également d'une baignoire que vous pouvez utiliser en demandant l'accès à l'équipe de soins. Une prise en charge de l'équipe est proposée si nécessaire.

## 3 - LE SEJOUR

- La consommation ou la détention d'alcool, de médicaments non prescrits ou de drogues illicites à l'intérieur et à l'extérieur du service est interdite.
- Des contrôles par éthylomètre, analyse d'urine, tests salivaires et la vérification des chambres peuvent être effectués à tout moment.
- Il vous est demandé de ne pas tutoyer le personnel.

### Horaires de vie :

#### **Le lever :**

- Réveil à 7 h 15.
- Entretien quotidien de la chambre avant les activités.
- Changement de la literie une fois par semaine, ou plus souvent si nécessaire (dimanche).

#### **Le coucher :**

- A 23 h 00 au plus tard (ou après le 1<sup>er</sup> film) en semaine, une souplesse d'horaires est acceptée le week-end jusque 00h00.

Les repas : Ils se prennent en salle à manger **en tenue de ville.**  
La tenue de ville doit être portée de 06h00 à 23h00.

- Horaires : Dès que vos médicaments sont pris, veuillez-vous diriger vers la salle à manger (repas du midi et du soir). Tout le monde doit être à table à 12h15 et à 19h15
  - Petit-déjeuner : de 8 h 00 à 9 h 00 (souplesse horaire le Week-end jusque 09h30)
  - Déjeuner : 12 h 15 à 13 h 15
  - Dîner : 19 h 15 à 20 h 00

### **Organisation :**

Tous les patients participent au déroulement des repas, à tour de rôle (mise du couvert, service, nettoyage des tables) sous la responsabilité d'un membre de l'équipe soignante.

**L'utilisation du téléphone portable est strictement interdite pendant les repas et les activités.**

**Il est demandé aux patients de ne pas regagner leur chambre avant la fin du repas et avant la fin du nettoyage des tables et de ne pas se lever de table au cours des repas.**

### **La télévision :**

Il n'y a pas de téléviseur dans les chambres.

Un téléviseur est à votre disposition dans la salle à manger. Il doit rester éteint pendant les repas.

Un autre téléviseur est disponible en salle 2 en dehors des horaires d'activités thérapeutiques.

Le choix du programme est défini en groupe et dans le respect d'un environnement sonore modéré.

## **4 - LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES**

La participation aux activités est **obligatoire**.

Le programme des activités du jour vous est présenté la veille au moment du dîner.

L'inscription aux activités facultatives (esthétique, sport, relaxation ...) se fait dans la limite des places disponibles (c'est-à-dire : 5 patients pour 1 soignant).

## **5 - LES PERMISSIONS**

- le 1<sup>er</sup> week-end : permission entrecoupée proposée de 10 h 00 à 12 h 00 et de 14 h 00 à 18 h 00,
- les autres week-ends : permission proposée de 47 h 30 maximum,
- les jours fériés : permission proposée de 10 h 00 à 18 h 00 ou permission entrecoupée.
- quartiers libres : le mardi de 13 h 30 à 15 h 00 et le jeudi de 10 h 00 à 11 h 00.

Un contrôle de l'alcoolémie par éthylomètre est pratiqué **systématiquement** à chaque retour de permission et de quartier libre. Au besoin, une analyse d'urine peut être pratiquée. Tout contrôle positif ou tout refus de se soumettre au dépistage (considérant alors celui-ci comme positif) entraîne une rupture du séjour.

## **6 - LES VISITES**

Les visites ont lieu dans les chambres et dans la salle d'attente située près de l'entrée principale.

Horaires :

- en semaine : de 13 h 30 à 14 h 30 ; de 18 h 00 à 19 h 00,
- les week-ends et jours fériés : de 13 h 30 à 19 h 00.

**Toute sortie extérieure à l'enceinte de l'hôpital (en dehors des quartiers libres) est strictement interdite.**

**Le non-respect de ce règlement pourra entraîner une sortie définitive du service.**

Docteur H. FAVRE  
Responsable de structure interne

Mme DELMOTTE  
Directrice

Mme H. RETAILLEAU  
Infirmière coordinatrice  
des Soins

Docteur A. BOURFISSI