

SERVICE DE SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION EN ADDICTOLOGIE

DOSSIER DE PRE - ADMISSION



SMR Addictologie

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



Site de Seclin : Accès par le Pavillon PRATZ – 1^{er} étage



03.61.76.80.00 (secrétariat)

**Toute demande de pré-admission doit être adressée par mail
à l'adresse suivante : secretariat.addictologie@ghsc.fr**

03.21.77.28.19 (bureau Infirmier) 03.21.77.28.23 (Cadre de santé)

Cadre réservé au service de SMRA

Date de réception :

Date de transmission :

Médecin :

Remarques

Dossier rempli par (nom, prénom, fonction) :

Adresse Professionnelle :

Téléphone :

Mail :

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 CSS (Complémentaire Santé Solidaire, anciennement CMU) ou carte de Mutuelle en cours de validité
- Photocopie de la Carte d'Identité ou du Passeport
- 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 ADMINISTRATIVE

IDENTITE DU PATIENT

NOM :

PRENOM :

NOM de jeune fille :

Sexe : M F

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Adresse mail :

Situation familiale : Marié(e) Célibataire Pacsé(e) En concubinage

Divorcé(e) Veuf (ve)

Nombre d'enfants :

Personnes à charge :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom/prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Lien de parenté :

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

COUVERTURE MALADIE

(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 :

Nom de l'assuré si différent du patient :

Numéro d'immatriculation :

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

Bénéficiez-vous d'une invalidité ou d'une ALD au titre de la sécurité sociale ?

Oui. Date de fin :

Non

PARTIE CONCERNANT UNIQUEMENT LES PATIENTS AYANT UNE MUTUELLE

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

Nom de l'organisme :

Téléphone :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Nom de l'assuré si différent du patient :

Numéro d'adhérent :

Mutuelle contactée le :

Accord de prise en charge : Oui Non

Ticket modérateur : Oui Non

Forfait journalier : Oui Non

En cas de prise en charge du forfait journalier :

Nombre de jours de prise en charge :

Nombre restant de jours de prise en charge :

En cas de prise en charge pour la chambre particulière : Nombre de jour de prise en charge :

Nombre restant de jours de prise en charge :

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 SMR 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.

ETABLISSEMENT INSTRUISANT LA DEMANDE DE SMR DU PATIENT

Nom du service social/ Structure :

Nom et qualité du travailleur social :

Téléphone :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Suivi social en cours : Oui précisez :

Non

Coordonnées si différentes du demandeur :

PROTECTION JURIDIQUE

Non Tutelle Curatelle Curatelle renforcée

Nom du tuteur :

Téléphone :

Adresse Mail :

Adresse :

Code postal :

Ville :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Emploi actuel :

Chômage :

Invalidité :

Retraité :

Arrêt de travail :

Autre :

LOGEMENT APRES LE SEJOUR

- Logement personnel : Logement non adapté à l'état de santé :
- Foyer/ Hôtel* : Hébergement chez un proche* :
- Structure médico-sociale (CHRS, pension de famille, Appartement thérapeutique...) * :
- Sans domicile : Autre :

*** Joindre obligatoirement l'attestation d'hébergement**

SITUATION FINANCIERE

Ressources : Oui Non

Lesquelles : Revenus salariés ARE (chômage) AAH

Pension d'invalidité Autres : précisez

Dettes : Oui : précisez Non

SUIVI JUDICIAIRE

Non :

Oui : Précisez le suivi actuel :

Nom du tribunal :

Nom du référent :

2ème PARTIE : PARTIE MEDICALE

(à remplir uniquement par le medecin)

OBJECTIFS DE SOINS ET DE READAPTATION / PROJET DE SOINS

PATIENT	Nom :	Prénom :	Date de naissance :
----------------	-------	----------	---------------------

DATE :	SIGNATURE ET TAMPON DU MEDECIN :
---------------	---

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 :

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

PARTIE MEDICALE - HISTOIRE MEDICALE

ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX :

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES :

ANTECEDENTS FAMILIAUX :

ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX :

ALLERGIES :

REGIME ALIMENTAIRE / AVERSIONS :

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)

PARTIE MEDICALE - SITUATION MEDICALE ACTUELLE

Taille : Poids : Etat général :

AUTONOMIE :

- Indépendance complète
- Supervision
- Assistance partielle
- Assistance totale

Commentaires :

ELEMENTS CLINIQUES SIGNIFICATIFS (examen clinique)

ETAT PSYCHOLOGIQUE ET COMPORTEMENTAL ACTUEL

- Existe-t-il des idées suicidaires ? Oui Non
Existe-t-il des troubles du comportement ? Oui Non

Commentaires :

ETAT COGNITIF (joindre les résultats des tests réalisés si possible)

- Existe-t-il des troubles cognitifs ? Oui Non
Evaluation des troubles cognitifs réalisée ? Oui Non

Si oui :

- Bilan neuropsychologique MOCA BEARNI AUTRE :

- En cas de troubles cognitifs , le patient a-t-il conscience de ses troubles ? Oui Non (anosognosie)
En cas de troubles cognitifs , le patient adhère-t-il au projet de soins ? Oui Non

Commentaires :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES REALISES OU EXAMENS EN ATTENTE

(compte-rendus à joindre : radiologie , biologie y compris serologies , etc.) :

TRAITEMENT ACTUEL : (y compris traitements de substitution) Traitement, mis à jour, à transmettre 3 jours avant l'entrée

3eme partie : PREPARATION DU PROJET DE SOINS INDIVIDUALISE (à remplir par le patient)

Aujourd'hui :

Mes priorités sont :

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Mes attentes vis-à-vis de cette hospitalisation (ce en quoi cela va m'être utile pour réaliser les soins dont j'ai besoin) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**UN PROJET DE SOINS INDIVIDUALISE SERA ETABLI AVEC VOUS LORS DE LA PREMIERE SEMAINE.
IL SERA REEVALUE AVEC VOUS AU COURS DE L'HOSPITALISATION.**



Nécessaire à prévoir pour votre séjour

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, etc.
- Prévoir du linge en quantité suffisante pour 4 semaines.

3. Pour les activités :

- Tenue de sport, jogging, tee-shirt, tennis ou chaussures de sport impérativement, vêtement de pluie.
- Tenue pour la balnéothérapie : maillots de bain de piscine et bonnet de bain (pas de short, maillot de bain 1 pièce pour les femmes), tongs/claquettes

4. Pensez aussi à vous munir:

- d'un cahier et d'un stylo, pour les activités (un cahier de bord est remis à l'entrée dans le service)
- nous disposons d'une fontaine à eau, merci de vous munir d'une bouteille isotherme pour la durée du séjour
- dosettes de café lyophilisé ou sachets de thé : de l'eau chaude est mise à votre disposition

Soins Médicaux et de Réadaptation en Addictologie

☎ **Secrétariat : 03.61.76.80.00**
☎ **Bureau infirmier : 03.21.77.28.19**
☎ **Cadre de santé : 03.21.77.28.23**
Fax : 03.21.77.28.20

Règlement Intérieur

Le règlement intérieur a pour but de fixer les règles de fonctionnement du service afin de favoriser la prise en charge des patients. L'acceptation et le respect des règles conditionnent la qualité de votre projet de soins.

Les mesures susceptibles d'être envisagées en cas de non-respect de ce dernier, visent à conforter la notion de soins et de sécurité tout au long de l'hospitalisation.

Nous vous rappelons que les relations sont fondées sur la confiance et le respect mutuel. La violence physique et/ou verbale (propos racistes, sexistes, menaces) ne peut être tolérée. Un tel comportement remettra en cause votre hospitalisation.

1 – LE JOUR DE VOTRE ARRIVEE

Un inventaire de vos effets personnels sera réalisé le jour de l'entrée dans le service.

Seront remis à un membre de l'équipe soignante :

- tous les médicaments ou traitements personnels
- toutes les boissons alcoolisées ou dites sans alcool
- toutes les substances toxiques légales ou illégales
- les parfums (sauf en spray)

Tout objet susceptible de présenter un danger (outils contendants, objets coupants, ...), tout produit contenant de l'alcool ou autre substance psychoactive sauf le tabac vous seront retirés.

Cet inventaire pourra être renouvelé en cours d'hospitalisation et en retour de permission, avec votre accord.

Il est conseillé, dans la mesure du possible, de ne pas se munir d'objets de valeur. **Le service n'est pas tenu responsable de toute disparition ou vol.**

2 – LA VIE SOCIALE

- Notre établissement devant être un lieu de calme et de sérénité, il vous est demandé d'éviter les conversations bruyantes.
- Le silence dans les couloirs est de rigueur, notamment le matin au réveil, et le soir afin de permettre aux autres patients de se reposer.
- Une attitude courtoise et respectueuse à l'égard du personnel, des autres patients et des visiteurs doit être observée. Le tutoiement du personnel n'est pas autorisé.
- Les réunions de patients dans les chambres ne sont pas autorisées.
- Tout acte de violence (physique ou verbale) remettra en cause votre hospitalisation.

3 – REGLES GENERALES

- L'introduction ou la consommation dans l'établissement de boissons alcoolisées, de substances illicites, de médicaments non prescrits ou d'objets dangereux, sont strictement interdites.
- Tout acte de commerce divers, le prêt d'argent et toute vente d'objets personnels sont interdits entre patients ainsi qu'avec le personnel.
- Pas de bougies ou autres produits inflammables en chambre.
- Les animaux ne sont pas acceptés dans l'établissement.
- Les visites sont interdites sur la terrasse.
- Les relations intimes ne sont pas acceptées au sein du service.

4 – LA VIE DANS LE SERVICE

Horaires des traitements :

- ✓ le matin : à partir de 7 h 15 et jusque 8 h 30
- ✓ le midi : à partir de 11 h 30 et jusque 12 h 00
- ✓ le soir : à partir de 18 h 15 et jusque 19 h 00
- ✓ le coucher : à partir de 20 h 00 et jusque 23 h 00

} Penser à vous munir d'une bouteille d'eau et d'un verre si besoin avant de vous y rendre.

Horaires de vie :

Le lever :

- Réveil vers 7 h 00
- Changement de la literie une fois par semaine, le dimanche (ou plus souvent si nécessaire)
- Une tenue appropriée doit être portée dans les parties communes

Fermeture de la salle télé :

- Vers 23 h 00 en semaine, une souplesse d'horaires est acceptée le vendredi et samedi jusque 00h00

Les repas : Ils se prennent en salle à manger. Il vous est demandé de ne consommer que les repas fournis par l'hôpital. Les heures de repas doivent être respectées.

- Horaires : Dès que vos médicaments sont pris, veuillez-vous diriger vers la salle à manger.
 - Petit-déjeuner : de 7 h 30 à 9 h 00 (souplesse horaire le week-end jusque 09 h 30)
 - Déjeuner : de 12 h 00 à 13 h 00
 - Dîner : de 19 h 00 à 20 h 00

Tous les patients participent au bon déroulement des repas. A tour de rôle, il vous est demandé de procéder au nettoyage des tables sous la responsabilité d'un membre de l'équipe soignante.

Les chaises doivent être mises sur les tables après le repas du soir, et descendues le matin avant le petit déjeuner.

Merci de mettre votre téléphone en mode silencieux durant les repas.

Eau chaude :

Vous trouverez à disposition de l'eau chaude le matin à 06 h00, l'après-midi à 17 h 00, le soir à 21 h 00. Pensez à vous munir de café lyophilisé ou de sachets de thé.

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. La cuisine thérapeutique est située dans la salle à manger. **Son accès n'est autorisé qu'en présence du personnel et après accord.**

Les salles d'activités :

L'accès n'est pas possible en dehors des heures d'activités, sauf accord d'un soignant. Dans tous les cas, il est impératif de garder ces lieux **propres et rangés.**

La salle de sport :

La salle de sport est accessible après accord d'un soignant, et en dehors des activités thérapeutiques. Les locaux doivent être tenus propres et rangés. Merci de respecter le matériel mis à votre disposition et de maintenir un niveau sonore respectueux envers les autres. Un moniteur d'APA est disponible le vendredi matin et l'accès à la balnéothérapie est également possible le vendredi matin (ces activités sont sous réserve des places disponibles et sur accord médical)

La salle de soins (bureau infirmier) :

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

Les chambres :

Elles sont équipées d'un chevet avec réfrigérateur, d'une salle de bain avec douche et toilettes. L'entretien des chambres est en partie assuré par une société extérieure. Veillez à garder votre environnement propre, du matériel d'entretien est à votre disposition à la demande.

Les télévisions personnelles et les appareils électriques tels que bouilloires, fers à repasser et appareils à résistance, ne sont pas autorisés dans les chambres.

Les ordinateurs, tablettes, smartphones sont autorisés mais ne doivent pas perturber la vie du service ou les soins proposés.

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

Services à disposition

Une machine à laver, de la lessive et des séchoirs sont à votre disposition pour l'entretien de votre linge.

Tabac et cigarette électronique :

L'usage du tabac et de la cigarette électronique est strictement interdit dans l'enceinte du service. **Le jour**, seule la terrasse est réservée à cet usage. **La nuit**, la porte de la terrasse est fermée de 23 h 00 à 06 h 00 du matin (00 h 00 à 06 h 00 le vendredi et le samedi)

L'équipe soignante est à votre disposition pour vous accompagner dans une démarche de sevrage tabagique ou de réduction.

La télévision :

Un téléviseur est à votre disposition dans la salle à manger. Il doit rester éteint pendant les repas. Le choix du programme est défini en groupe et dans le respect d'un environnement sonore modéré.

Les permissions thérapeutiques :

- Les samedis, dimanches et jours fériés : de 10 h 00 à 17 h 30
 - Quartiers libres : les mardis et jeudis de 10 h 00 à 11 h 30
- Merci de respecter ces horaires.

Merci d'anticiper l'organisation de vos permissions, l'équipe soignante recensera vos demandes en milieu de semaine.

Votre consentement sera recueilli à votre entrée dans le service afin que soit pratiqué un contrôle de l'alcoolémie par éthylomètre systématiquement à chaque retour de permission et de quartier libre. Au besoin, une analyse d'urine peut être pratiquée. Tout contrôle positif pourra entraîner une sortie définitive du service.

Des permissions peuvent être exceptionnellement accordées en dehors de ces périodes pour des rendez-vous extérieurs ou des démarches administratives. Seul le médecin est habilité à vous délivrer cette autorisation de sortie.

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

5 - LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES

Au début de votre séjour, vous serez invité à participer à une réunion d'accueil, lors de laquelle sera expliqué le déroulement de votre séjour. Une visite du service sera assurée.

Vous complétez ensuite votre projet de soins infirmiers avec l'équipe soignante. Projet pour lequel votre consentement sera recueilli afin de vous engager à participer aux activités thérapeutiques proposées tous les matins et tous les après-midis du lundi au vendredi pendant toute la durée de votre séjour.

Un planning prévisionnel hebdomadaire vous sera remis chaque semaine ; celui-ci étant susceptible d'évoluer en fonction des impératifs de service.

Des jeux de sociétés peuvent être proposés en dehors des temps des activités (non obligatoire)

Merci de mettre votre téléphone en silencieux durant les activités.

6 - LES VISITES

Horaires :

- en semaine : de 13 h 00 à 14 h 30 et de 17 h 30 à 18 h 30,
- les week-ends et jours fériés : de 15 h 00 à 17 h 30.

7 - LE JOUR DE VOTRE DEPART

- Des documents de sortie vous seront remis afin de poursuivre vos soins.
- Vous serez sollicité pour compléter le questionnaire de satisfaction relatif à votre séjour. Ce document est du plus grand intérêt, car il permet d'améliorer de façon constante l'accueil et la prise en charge au sein du service.
- Vous recevrez par mail, dans les jours qui suivent votre sortie, une enquête de satisfaction « E SATIS » que nous vous remercions de compléter également.

Nous vous remercions de l'attention apportée à ce règlement, que vous êtes tenu de respecter tout au long de votre hospitalisation. La direction et l'ensemble de l'équipe vous souhaitent un agréable séjour et demeurent à votre entière disposition pour de plus amples renseignements.

Règlement révisé annuellement (MAJ : Mai 2023).

**Le non-respect de ce règlement pourra entraîner une sortie anticipée.
L'acceptation et le respect des règles conditionnent la qualité de votre projet de soins.**

Docteur H. FAVRE
Chef de Service

Docteur A. BOURFISSI

Mr WALBECQ
Directeur

Mme M. LEROY
Cadre de Santé



ATTESTATION DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame,

.....

.....

reconnâit avoir pris connaissance , et avoir en ma possession le

Règlement intérieur du SMR ADDICTOLOGIE

A Seclin, le

Signature du patient,

À faire précéder de la mention « Lu et approuvé ».