



CSMRA La Gandillonnerie

Centre de Soins Médicaux et Réadaptation en Addictologie

Dossier de pré-admission



CSMRA La Gandillonnerie, 1 La Gandillonnerie, 86350 Payroux



Standard : 05-49-87-01-99 Fax : 05-49-97-07-58



secretariat.accueil@lagandillonnerie.com



www.lagandillonnerie.fr

Cadre réservé au service du CSMRA

Date de réception :/...../.....

N° de dossier si patient déjà venu : IPP.....Du..... Au.....

Validé le :/...../.....

Médecin : Ass. Soc. : Pharmacienne :

Encadrante unité de Soins :

Remarques :



Dossier rempli par :

Nom/Prénom/Fonction :

Adresse professionnelle :

Téléphone :

Adresse mail :

@

Signature :

Pour les patients en cours d'hospitalisation :

Date et lieu de prise en charge :

Date de sortie prévue :

PIECE A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER

- Le **dossier de pré-admission rempli** complètement avec le médecin (traitant ou hospitalier)
- La ou les **dernière(s) ordonnance(s)** avec le traitement en cours
- Le ou les dernier(s) **résultat(s) d'examen(s)** (radio, compte rendu d'hospitalisation...)
- Le **résultat d'un bilan sanguin datant de moins de 15 jours** qui précède votre admission et comportant les analyses suivantes :
 - Les sérologies
 - Bilan hépatique
 - Albuminémie
 - Pour les patients de +65 ans, une clairance de la créatinine
- Une **lettre de motivation** qui aborde votre problématique : quel(s) produit(s) vous consommez, depuis combien de temps, les principales conséquences sur votre vie, ce qui vous motive pour les soins, quels sont les objectifs que vous vous fixez (abstinence totale, gestion...) et quels projets de vie avez-vous ?
- La photocopie lisible de la **carte nationale d'identité ou du passeport ou titre de séjour**
 - **Attention** : l'original de la carte nationale d'identité, du passeport ou du titre de séjour vous sera demandé à l'admission
- La photocopie lisible de l'**attestation CPAM** ou autre
- La photocopie lisible de la **carte vitale**
- La photocopie lisible de l'**attestation de mutuelle** (ou attestation CMU)
 - **Attention** : Vérifier auprès de votre mutuelle la prise en charge **TOTALE** (90 jours) du séjour ; si non, le règlement vous sera demandé
- Le **formulaire « Désignation de la personne de confiance »** rempli et signé par les 2 parties si vous désignez quelqu'un
- Le **règlement intérieur** pour consultation
- En cas d'hébergement, une attestation sur l'honneur signée de l'hébergeur qui stipule qu'il s'engage à vous recevoir à l'issue du séjour

- Si vous bénéficiez d'un suivi social extérieur que vous souhaitez poursuivre pendant les soins, merci de joindre **une note sociale** rédigée par la personne qui vous accompagne dans vos démarches

NB : L'établissement ne délivre pas de bon de transport retour, merci d'anticiper votre retour.



1^{ère} partie : Fiche administrative et sociale

VOTRE IDENTITE

Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénom :

Date et lieu de naissance : né(e) le/...../..... à:

Adresse actuelle :

Code postal : Ville :

Votre numéro de téléphone : Fixe Portable.....

Votre adresse Mail :@.....

Le demandeur a-t-il déjà fait un séjour à la « GANDILLONNERIE » ? Oui Non

Si oui, à quelle date ?.....

VOTRE ENTOURAGE

Situation familiale

Etes- vous : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) En couple Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfants	Age des enfants	Enfants à charge (entourez)		Maintien du lien avec les enfants		Souhait d'accompagnement sur ce sujet pendant les soins	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

Bénéficiez-vous du soutien de votre entourage ? : oui non

Souhait d'accompagnement sur ce sujet pendant les soins ? : oui non

Personne à contacter en cas d'urgence

Lien de parenté :

Monsieur Madame Nom/Nom de jeune fille/ Prénom :

N° de téléphone fixe : Portable :

Adresse mail / Fax :@.....



Médecin traitant

Nom/ Prénom :

Adresse postale :

Adresse mail :@.....

Adresse messagerie sécurisée :

Téléphone :

Le patient déclare ne pas avoir de médecin traitant

VOTRE SITUATION SOCIALE

Coordonnées du travailleur social référent (Assistant social, Éducateur spécialisé, etc.) si concerné(e)

Organisme :

Nom/ Prénom :

Téléphone(s) :

Email :@.....

En cas de suivi social extérieur, rapport social ou entretien téléphonique obligatoire pour finaliser la demande d'admission

Logement

Locataire Propriétaire Foyer/hôtel Procédure d'expulsion en cours

Hébergé chez un proche Si oui, retour possible après le séjour : oui non

En institution Si oui, laquelle :

Sans domicile Des démarches pour le logement sont-elles en cours ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

Autre :



Couverture sociale

Numéro de sécurité sociale :

Mutuelle Nom de l'organisme :

Complémentaire santé solidaire sans participation (ex-CMU)

Date de fin de validité :

Complémentaire santé solidaire avec participation (ex-ACS)

Date de fin de validité :

Aide médicale d'État

Date de fin de validité :

Affection de longue durée (ALD)

Date de fin de validité :

Situation professionnelle

Actuellement, quelle est votre situation face à l'emploi ?

En activité

Salarié Emploi actuel : Travailleur indépendant Autre

Sans activité

En arrêt Maladie depuis le Demandeur d'emploi Invalidité ou AAH Retraité

Inactif Autre :

Reconversion professionnelle, projet de formation , si oui démarche en cours ? Oui Non

Situation financière

Maintien de salaire Indem. Journ. Indemnités chômage Retraite Sans ressources

RSA N° Allocataire :

AAH N° Allocataire :

Pension Invalidité Catégorie 1 2 3

Avez-vous des dettes ? oui non

Si oui, avez-vous un dossier de surendettement en cours ? oui non

Mesure de protection juridique

Etes-vous sous mesure de ? Tutelle Curatelle MASP

Démarches en cours Pas de mesure de protection juridique



Précisez les coordonnées de votre mandataire :

Organisme :

Nom et Prénom :

Adresse postale :

Téléphone :

Email :@.....

Afin de faciliter votre entrée, merci de bien vouloir contacter, vous ou votre mandataire, le service économat quelques jours avant votre arrivée (TV, Argent de poche, etc.)
Par téléphone (ligne directe) : 05.49.97.07.52 / Par email : service.economat@lagandillonnerie.com
Ouverture du lundi au vendredi de 8h30 à 12h00 et de 13h00 à 16h30

Situation judiciaire

Avez-vous des antécédents judiciaires ? Oui Non

Avez-vous une obligation de soins ? Oui Non

Avez-vous des jugements ou peines en attentes ? Oui Non

Lesquels ? :

.....

Etes-vous ou serez-vous en placement extérieur ? Oui Non

Suivi SPIP en cours Oui Non

Coordonnées du conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP)

Organisme :

Nom / Prénom :

Téléphone :

Email :



2ème partie : Dossier médical

Document à remplir par le médecin adresseur

HISTOIRE ADDICTOLOGIQUE DU PATIENT

Cocher les cases correspondantes



Produit(s) consommé(s)	Conso.actuelle ?	Conso.ancienne ?	Précision(s) (mode de conso, durée, etc...)
Alcool			
Cannabis			
Héroïne			
Cocaïne			
Médicaments			
Tabac			
Comportementale (alimentaire, jeux, etc...)			
Autre addiction (préciser)			

Soins hospitaliers antérieurs

Type de séjour (sevrage/ cure/post cure)	Lieu	Durée



Suivi addictologique actuel

CSAPA HDJ CMP Médecin généraliste Médecin psychiatre Autre

Coordonnées :

Suivi envisagé à la sortie du CSMRA

CSAPA HDJ CMP Méd. généraliste Méd. psychiatre Pas de suivi prévu

Projet de vie (ou changement de vie) du patient

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

Le patient doit être sevré depuis 5 jours avant l'entrée au CSMRA

PLAN PSYCHIATRIQUE

Le patient a-t-il déjà été hospitalisé en psychiatrie ? : oui non

Si oui, indiquez le motif, la durée et la modalité (Hospit. libre, sous contrainte, à la demande d'un tiers....) :

.....
.....

Le patient a-t-il déjà fait des tentatives de suicide ? : oui non

Si oui, combien, avec quel mode opératoire :

Le patient a-t-il des antécédents de comportement violent ? : oui non

A ce jour, le patient est-il stabilisé d'un point de vue psychiatrique ? oui non

A ce jour, le patient a-t-il des idées suicidaires ? : oui non

PLAN SOMATIQUE

Merci de joindre TOUS les comptes rendus et résultats d'examens / analyses biologiques

DATES DERNIERES VACCINATIONS	STATUT SEROLOGIQUE + DATE DERNIER BILAN
DTPC <input type="checkbox"/>/...../.....	HIV : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Date/...../.....
BCG <input type="checkbox"/>/...../.....	HVB : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Date/...../.....
Hépatite B <input type="checkbox"/>/...../.....	HVC : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Date/...../.....
COVID <input type="checkbox"/>/...../.....	



ALLERGIES ET CONTRE-INDICATIONS (y compris médicamenteuse et alimentaire en précisant SVP)

REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE

Précisez si le patient à un régime alimentaire spécifique en lien avec des allergies ou un problème médical

ANTECEDENTS MEDICAUX

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

**ANTECEDENTS
GYNECO-OBSTETRIQUES**

PROBLEME(S) ACTUEL(S)

COMPLICATION(S) NEUROLOGIQUES(S)

Troubles cognitifs : oui non

Précisez :

Evaluation des troubles cognitifs réalisée ? oui non

Si oui : Bilan neuropsychologique MOCA BEARNI Autre

(compte(s) rendu(s) à joindre)
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

Le patient présente-t-il un risque de fugue ? oui non

Troubles de l'équilibre : oui non

Précisez :

Troubles séquellaires : oui non

Précisez :



ETAT CLINIQUE ACTUEL,

La démarche du patient est-elle personnelle ? : oui non

La motivation du patient est : Forte Moyenne Faible

Quelle(s) fragilité(s) psychique(s) actuelle présente le patient ? Cochez et précisez SVP

Dépression	
Anxiété	
Relations sociales et familiales	
Eléments psycho-traumatiques identifiés	
Eléments délirants, hallucinations	
Troubles du sommeil	

Niveau d'autonomie du patient ? Renseignez s'il est autonome (oui) ou pas (non) et le niveau d'aide requis

	OUI	NON	Besoin d'aide
Locomotion			
Elimination			
Hygiène personnelle et environnement			
Orientation temps et espace			
Comprendre des consignes simples /retenir des informations			

Le patient nécessite des soins cutanés spécifiques (pansement d'ulcère...) ? oui non

Si oui, merci de préciser le type de pansement et la localisation :

.....
.....

Le patient nécessite des soins techniques spécifiques (oxygénothérapie, sonde urinaire, gastrostomie) ?
oui non

Si oui, merci de préciser le type de soin :

.....
.....



Le patient est-il porteur ou utilisateur de matériel spécifique (fauteuil roulant, béquille...) ? oui non
Si oui, merci de préciser le type de matériel :

.....
.....

Traitement médicamenteux actuel du patient y compris les substitutions,
Joindre impérativement une ordonnance à jour

	<u>Matin</u>	<u>Midi</u>	<u>Soir</u>	<u>Couché</u>	<u>Si besoin</u>
<u>1/</u>					
<u>2/</u>					
<u>3/</u>					
<u>4/</u>					
<u>5/</u>					
<u>7/</u>					
<u>8/</u>					
<u>9/</u>					
<u>10/</u>					
<u>11/</u>					
<u>12/</u>					

Suivi médical particulier, RDV programmés

Nous attirons votre attention sur la nécessité de prévoir le transport du patient pour des examens impératif qui devraient avoir lieu pendant le séjour ; le CSMRA La Gandillonnerie ne pourvoira pas au déplacement.

<u>Date</u>	<u>Examen</u>	<u>Lieu</u>	<u>Transport prévu</u>



DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Etiquette patient

IMPORTANT :

En application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des Malades et à la qualité du système de santé, et notamment de son article L.1111-6, le patient majeur peut désigner une personne de confiance (parent, proche ou médecin traitant) qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Cette fiche est à remettre complétée avec votre dossier de pré-admission.

NOM : PRENOM :

Adresse mail :@.....

Après avoir pris connaissance des éléments d'information figurant au verso de ce présent formulaire :

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance et désire rester l'unique interlocuteur de l'équipe médicale et paramédicale. Cette dernière s'en remet à ma famille, le cas échéant à mes proches, si ma situation m'empêche d'exprimer ma volonté.

Fait à , le /.... /.....

Signature

Je désigne la personne de confiance ci-dessous :

PATIENT	PERSONNE DE CONFIANCE
<p>Je Soussigné(e) Nom : Prénom : Né(e) le : /.... /..... Hospitalisé(e) au CSSRA La Gandillonnerie à Payroux depuis le :</p> <p>Désigne comme personne de confiance : parent <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> médecin traitant <input type="checkbox"/> Nom : Prénom :</p> <p>Cet engagement réciproque est valable pour l'hospitalisation du</p> <p>Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Je soussigné(e) Nom : Prénom : Né(e) le : /.... /..... Téléphone domicile : Téléphone portable :</p> <p>Accepte d'être la personne de confiance de M.....</p> <p>Je m'engage à assister, à sa demande, dans son parcours médical, et à représenter ses volontés, notamment au cas où il en serait empêché.</p> <p>Je certifie avoir pris connaissance des buts de ma mission et de mon rôle et les avoir acceptés après en avoir discuté avec M.....</p>

En l'application du présent document, nous attestons avoir préalablement discuté ensemble des volontés du patient à propos de sa santé et en fonction de son évolution.

Fait à , le /.... /.....

Signature du patient

Fait à , le /.... /.....

Signature de la personne de confiance



DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou un médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquée à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions...

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans des conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement » (article L.1111-6 du Code de la santé publique).

C'est une aide, un soutien et un accompagnement du parcours médical des personnes hospitalisées. Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche du patient pour connaître ses convictions et à qui ce dernier fait confiance. C'est un interlocuteur privilégié du personnel de santé, qui contribue au respect de la volonté du patient.

La personne de confiance peut être distincte de la personne à prévenir, elle a des missions bien spécifiques. En effet, elle peut enrichir l'échange médecin patient et peut l'élargir à une relation à trois.

1/VOUS ETES OU ALLEZ ETRE HOSPITALISE(E)

Vous êtes ni mineur, ni sous tutelle, vous avez alors le droit de désigner une personne de confiance.

• Pourquoi ?

- Etre accompagné(e) dans vos démarches de santé
- Etre soutenu(e) dans vos prises de décisions
- Etre représenté(e) dans l'expression de vos volontés de soins, au cas où vous seriez dans l'impossibilité de vous exprimer

• Qui choisir ?

- Un parent
- Un proche
- Votre médecin traitant

• Que devez-vous faire ?

- Déterminez avec la personne de confiance que vous avez choisi(e) l'étendue de sa participation : présence à tous les entretiens médicaux ou seulement aux plus importants, communication de la totalité des informations médicales ou seulement celles que vous choisirez
- Expliquez-lui vos volontés de soins en cas d'altération grave de santé
- Complétez le formulaire au dos de cette fiche avec la personne de confiance.

2/VOUS ETES OU ALLEZ DESIGNER(E) PERSONNE DE CONFIANCE

Vous êtes choisi(e) pour être la personne de confiance d'une personne hospitalisée.

• Quelles missions ?

- Vous pourrez accompagner le patient, s'il le souhaite, aux entretiens médicaux et l'aider à prendre ses décisions
- Si le patient est hors d'état d'exprimer la volonté, vous serez la personne de référence de l'équipe médicale et paramédicale pour recevoir les informations et être consulté(e) sur les décisions à prendre.

• Que devez-vous faire ?

- Compléter le formulaire au dos de cette fiche avec la personne hospitalisée

• Quelle obligation ?

- Associé(e) à la relation médicale, vous serez tenu(e) au secret médical.

Ceci est un engagement moral, de solidarité et d'assistance. Il peut être rompu à tout moment, tant par la personne hospitalisée que par la personne de confiance.



REGLEMENT INTERIEUR DE LA GANDILLONNERIE

En signant ce document, vous vous engagez à respecter le Règlement Intérieur suivant :

Il est formellement interdit de :

- Détenir, consommer / donner / vendre l'ensemble des substances psycho actives existantes licites ou illicites pendant votre séjour (médicaments compris)
- Fumer en chambre, à la fenêtre, dans les couloirs, les halls...
- Avoir un comportement / attitude / discours dérangeant (à caractère religieux, politique, discriminatoire, sexuel...). Aucune forme de violence ne sera tolérée
- Utiliser les téléphones portables pendant les temps thérapeutiques
- Filmer ou prendre en photo le personnel ou les patients sans autorisation préalable
- Jouer aux jeux de hasard et d'argent
- Réaliser des modifications quelconques aussi bien dans les locaux, que sur le matériel et le mobilier
- Se regrouper en chambre ou rentrer dans une chambre qui n'est pas la vôtre
- Sortir des limites géographiques du centre sans autorisation préalable
- Utiliser la salle de sport entre 19h et 6h15
- Utiliser les distributeurs de boisson de 23h à 6h
- Stocker des denrées périssables dans les chambres et sur les balcons
- Introduire un animal à l'intérieur de l'établissement (tolérance à l'extérieur pendant les temps de visites, avec une laisse et muselière selon la loi en vigueur)

Vous vous engagez à respecter :

- La tranquillité et le repos de chacun de jour comme de nuit
- La réalisation de tests de dépistages aux substances psychoactives ainsi qu'éthylotests (le refus d'un test est considéré comme positif)
- La propreté des locaux intérieurs et extérieurs
- Le cadre des permissions et les modalités de visites en vigueur
- L'accessibilité aux activités de loisirs et à la salle de sport à partir du 8ème jour de présence au sein du centre
- Le service des repas qui se fait exclusivement en salle du restaurant sauf décision médicale
- La déclaration de tout appareil électrique étranger au centre. Il sera soumis à un contrôle. L'équipe se réserve le droit de conserver le matériel le temps des soins. Il vous sera restitué à la sortie
- Le soin de laisser votre chambre dans un état décent durant votre séjour et lors de votre départ

NOM, PRENOM du patient ainsi qu'une signature :

