



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Madame, Monsieur,

Vous faites une demande d'admission à La Clinique du Château de Longues Aygues pour continuer votre projet de soins lié à un trouble de l'usage d'une substance ou d'un comportement.

Votre travail concernant votre dépendance à une substance ou à un comportement est prévu pour une durée de 5 semaines.

Voici les éléments que doit comporter votre dossier et que vous devez nous envoyer:

- une partie sociale et administrative
- une partie médicale remplie par le médecin qui soutient votre demande de postcure
- l'engagement thérapeutique avec votre signature
- votre lettre de motivation
- votre dernier bilan sanguin et votre dernière ordonnance
- le bulletin d'hospitalisation, en cas de transfert d'un autre établissement de santé
- une photocopie de votre pièce d'identité
- une photocopie de votre attestation de sécurité sociale en cours de validité à la date d'hospitalisation
- une photocopie RECTO-VERSO de votre carte de mutuelle ou de votre attestation CMUC en cours de validité à la date d'hospitalisation.
- Test COVID PCR daté de moins de moins de 24 H précédant l'admission

Nous vous invitons à remplir toutes les rubriques du dossier de manière lisible (utilisez les majuscules !). Cochez la case correspondante, une fois la demande remplie ! Toutes les pièces demandées sont obligatoires !

Vous pouvez envoyer le dossier complété par fax, par email ou par courrier.

Votre dossier sera examiné par la commission médicale de l'établissement. Nous vous remercions de vous rapprocher du secrétariat des admissions afin de convenir d'une date d'entrée si votre demande est acceptée.

Le secrétariat des admissions est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 16h00

Madame Monsieur

Nom : Prénom : Age :ans

Téléphone : Adresse mail :@.....

Logement à la sortie : oui non

Adresse :

Patient ayant déjà séjourné dans l'établissement : oui non

Date d'admission souhaitée :

Pass vaccinal complet oui non

La demande de séjour concerne :

o une substance

- alcool
- tabac
- cannabis
- cocaïne
- opiacés
- benzodiazépines

o un comportement

- jeu d'argent pathologique
- achat compulsif
- trouble du comportement alimentaire
- écrans/cyberaddiction
- autre

Type de sevrage : ambulatoire hospitalier

Du : au :

Lieu :

Partie réservée à l'établissement

Validation du dossier : oui non

Motif du refus :

Date :

Signature :

Compléments d'information :

Logement :

Médical :

Autres :

Date :

Signature :

Validation du dossier après complément

oui non

Motif :

Date :

Signature

PARTIE SOCIALE ET ADMINISTRATIVE

(en majuscules, même pour l'adresse mail)

I. INFORMATION ADMINISTRATIVES

Madame Monsieur
Nom : Nom de jeune fille :
Prénom : Date de naissance :
Lieu de naissance :
o Département : o Pays :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Email :@.....
Pass vaccinal complet oui non

II. SITUATION FAMILIALE

célibataire marié(e) PACS union libre
 veuf/veuve divorcé(e) séparé(e)
Enfants: oui (nombre.....) non A charge : oui (combien...) non
Personne à prévenir en cas de nécessité :

III. LOGEMENT

logement personnel hébergé chez des amis/proches
 sans domicile en institution.....

IV. SITUATION PROFESSIONNELLE

Profession : En arrêt de travail : oui non
Si sans activité : étudiant demandeur d'emploi retraité invalidité

V. RESSOURCES

salaire revenus d'activité pension d'invalidité AAH
 ASSEDIC indemnités journalières RSA/API retraite

A la charge d'un tiers : tutelle curatelle

Nom du tuteur ou curateur :

Adresse :

Tel..... Email :@.....

VI. COUVERTURE SOCIALE

o Régime général – Sécurité sociale : effective demande en cours

Caisse d'assurance maladie :

Adresse :

Numéro de sécurité sociale :

CMU/ CMUC (date fin des droits.....)

ALD invalidité

o Mutuelle oui non Nom :

Adresse :

Tel.....

Numéro adhérent.....

VII. SITUATION JUSTICE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> injonction thérapeutique | <input type="checkbox"/> mise à l'épreuve |
| <input type="checkbox"/> contrôle judiciaire | <input type="checkbox"/> aménagement de peine |
| <input type="checkbox"/> peines en attente | <input type="checkbox"/> jugement en attente |
| <input type="checkbox"/> placement extérieur | <input type="checkbox"/> obligation de soin |

VIII. REFERENT SOCIAL

Nom du travailleur social :

Structure :

Adresse :

Tel..... Email :.....@.....

IX. REFERENT MEDICAL

Nom du médecin adresseur :

Structure :

Adresse :

Tel..... Email :.....@.....

X. HEBERGEMENT DANS L'ETABLISSEMENT

Avant de choisir le type de chambre particulière, veuillez vérifier les garanties auprès de votre mutuelle en précisant le n° FINESS 820.000.412 et le code discipline 214 de l'établissement.

Si vous ne bénéficiez pas d'une prise en charge "mutuelle", à l'arrivée il vous sera demandé un chèque de caution couvrant, pour un mois, les frais de séjour restant à votre charge.

Pour les patients sous tutelle ou curatelle, le chèque de caution devra nous parvenir impérativement avant le jour de l'admission (cf. Fiche d'Informations administratives).

Date éventuelle d'entrée dans l'établissement :

Désirez-vous une **chambre double sans supplément de prix** oui non

Désirez-vous une **chambre particulière avec supplément de prix** de :

Chambre simple avec douche à part 45 € oui non

Chambre confort 70 € oui non

Chambre confort plus 110 € oui non

Chambre Grand Confort 190 € oui non

Avez-vous déjà séjourné à LONGUES-AYGUES ? oui (année.....) non

Signature :

Date :

PARTIE MEDICALE

(en majuscules, même pour l'adresse mail)

I. PATIENT

Madame Monsieur
Nom : Prénom : Age :ans

II. MEDECIN DEMANDEUR

Nom : Prénom :
Fonction :
 Généraliste/ Addictologue Psychiatre/ Addictologue
Adresse
Code postal : Ville :
Tel Fax :
E-mail :@.....

III. MEDECIN TRAITANT (SI DIFFERENT)

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tel Fax :
E-mail :@.....

IV. PHARMACIE D'OFFICINE

Nom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tel Fax :
E-mail :@.....

V. ÉTAT ACTUEL DES CONDUITES ADDICTIVES

La substance / le comportement dont
l'usage est devenu problématique

Sévérité du trouble
(selon les critères du DSM-5)

léger moyen grave

o **substance**

<input type="checkbox"/> Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opiacées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Benzodiazépines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

o **comportement**

<input type="checkbox"/> Jeu d'argent Pathologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Achat compulsif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ecrans/cyberaddiction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. TRAITEMENT PAR AGONISTE OPIOÏDERGIQUE

non

oui

Méthadone

Buprénorphine

VII. HISTOIRE DES DEMARCHES DE SOIN

Sevrages physiques antérieurs à la demande actuelle (hospitaliers ou ambulatoires)
(cures de sevrage de moins de 10 jours)

oui

Combien :

non

Postcures antérieures à la demande actuelle
(hospitalisations plus de 21 jours)

oui

non

Date :

Lieu :

1.
2.
3.
4.

VIII. REPERCUSSIONS DE L'ADDICTION

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> relations familiales | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| <input type="radio"/> situation sociale | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui..... |
| <input type="radio"/> situation professionnelle | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui..... |
| <input type="radio"/> situation médico-légale | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui..... |

IX. COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Troubles bipolaires | <input type="checkbox"/> Troubles des conduites alimentaires |
| <input type="checkbox"/> Troubles anxieux | <input type="checkbox"/> Trouble de l'alternance veille-sommeil |
| <input type="checkbox"/> Troubles dépressifs | <input type="checkbox"/> Troubles de la personnalité |
| <input type="checkbox"/> Troubles psychotiques | <input type="checkbox"/> Troubles neurocognitifs |
| <input type="checkbox"/> Troubles obsessionnels-compulsifs | <input type="checkbox"/> Hospitalisation en centres/services de psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Trouble stress post-traumatique | <input type="checkbox"/> Tentatives de suicide |

XIII. DEVENIR ENVISAGE A LA SORTIE DE POSTCURE

Logement (hébergement) prévu à la sortie :

chez lui dans sa famille dans un foyer chez des amis aucun

Transport :

voiture personnelle train VSL

Suivi thérapeutique :

médecine générale Dr :.....
 addictologique Dr :.....
 psychiatrique Dr :.....
 psychologique Psychologue :.....
 social Assistante sociale :.....

Structure :

CHU CH Hôpital CSAPA CMP ELSA

Ville :.....

Suggestions du médecin :

XIV. TRAITEMENT (JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA DERNIERE ORDONNANCE)

Date :.....

Signature et cachet du médecin

INFORMATIONS DESTINEES AUX PATIENTS

- Le jour de votre entrée dans la Clinique et à chaque retour de permissions, un inventaire de vos affaires personnelles sera réalisé par un membre de l'équipe. En effet, toute introduction par un patient de produits « interdits » dans l'établissement entraînera l'expulsion de ce dernier.
- Durant le séjour, des tests inopinés sont effectués par les soignants au moyen d'éthylotest, d'analyse urinaire ou prise de sang. La positivité d'un test peut entraîner des sanctions pouvant aller jusqu'à l'expulsion.

L'équipe Médicale

La direction

ENGAGEMENT THERAPEUTIQUE

J'ai été informé(e) par le personnel soignant médical et paramédical que la postcure pour un trouble lié à une substance ou un comportement est une étape importante dans le maintien de l'abstinence, la prévention de la rechute et la réadaptation vers une vie autonome.

Dans ce sens, dès l'arrivée dans cet établissement et pour toute la durée de mon séjour, je m'engage :

- à ne pas apporter avec moi ou introduire de substances psychoactives (alcool, cannabis, cocaïne, opiaces, poppers, Cbd...) dans l'établissement
- à ne pas consommer quelconques de ces substances ou de médicaments en dehors de ceux qui me seront prescrits
- à me soumettre à des contrôles inopinés de jour comme de nuit
- à respecter le cadre de vie et le règlement intérieur de l'établissement,
- à ne pas sortir de l'enceinte du parc avant le deuxième dimanche de mon séjour
- à m'investir et suivre l'ensemble des activités thérapeutiques définies dans le projet de soins
- à manifester de la tolérance pour les autres patients en respectant leurs vulnérabilités par rapport aux substances psychoactives
- à respecter le travail de tout le personnel de l'établissement (médical, paramédical, administratif)

Je prends acte que le non-respect d'un seul de ces points pourrait avoir comme conséquence l'interruption de ma postcure et l'exclusion de l'établissement.



Si vous êtes contrôlé positif à l'éthylotest à votre arrivée, vous ne serez pas admis en séjour

Nom et prénom

Date

Signature

Questionnaire de pré-admission et d'admission pour tout patient hospitalisé à la clinique :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Représentant légal ou personne de confiance :

Date d'admission :



ADMISSION UNIQUEMENT SUR PRESENTATION TEST COVID < 3 JOURS NEGATIF

PCR COVID-19 :

Oui

Non

Si oui :

- Date de réalisation :
- Laboratoire :
- Résultat (cocher la case): POSITIF NEGATIF DOUTEUX

1. Présentez-vous un des symptômes suivants ou l'avez-vous présenté depuis la réalisation de la PCR ? (Cochez la case si le symptôme est présent) :

- Fièvre
- Courbatures
- Mal de tête
- Toux inhabituelle
- Gêne respiratoire
- Perte de l'odorat
- Perte du goût
- Ecoulement nasal
- Troubles digestifs inhabituels

2. Avez-vous été en contact avec un patient infecté par le COVID-19 ?

- OUI (si OUI date du dernier contact :)
- NON

SI UN ITEM EST COCHE PREVENIR LE MEDECIN



ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DU SEJOUR

Je soussigné (NOM et Prénom du patient),
atteste avoir pris connaissance des tarifs de mon hospitalisation et m'engage à
régler les sommes qui ne sont pas prises en charge le cas échéant par le régime
obligatoire (sécurité sociale) et/ou par mon régime complémentaire (CMU ou
mutuelle).

Date :

« lu et approuvé » et signature