



## 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**

Alcool                                                                 

Tabac                                                                 

Cannabis                                                                 

Cocaïne                                                                 

Opiacées                                                                 

Benzodiazépines                                                                 

### o **comportement**

Jeu d'argent Pathologique                                                                 

Achat compulsif                                                                 

Trouble du comportement alimentaire                                                                 

Ecrans/cyberaddiction                                                                 

Autre

## 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