

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