



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.
- ☐ Une attestation d'hébergement (si vous êtes hébergé) avec justificatif d'identité (cf page 12)

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. Par la suite, nous vous contacterons afin de vous informer si votre dossier est accepté ou refusé.

☐ 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 :
○ Département : ○ 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

○ 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
○ Mutuelle ☐ oui ☐ non Nom :
Adresse :
Tel.....
Numéro adhérent.....

VII. SITUATION JUSTICE

- ☐ injonction thérapeutique
- ☐ contrôle judiciaire
- ☐ peines en attente
- ☐ placement extérieur

- ☐ mise à l'épreuve
- ☐ aménagement de peine
- ☐ jugement en attente
- ☐ 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 518 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 standard 50 € ☐ oui ☐ non

Chambre confort 85 € ☐ oui ☐ non

Chambre confort plus 125 € ☐ oui ☐ non

Chambre Grand Confort 200 € ☐ 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. ETAT 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

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| ☐ relations familiales | ☐ non | ☐ oui |
| ☐ situation sociale | ☐ non | ☐ oui..... |
| ☐ situation professionnelle | ☐ non | ☐ oui..... |
| ☐ situation médico-légale | ☐ non | ☐ oui..... |

IX. COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES

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

X. COMORBIDITES SOMATIQUES

☞ cardio-vasculaires :

☐ HTA ☐ maladie coronaire/prophylaxie secondaire ☐ autre

☞ respiratoires :

☐ BPCO ☐ asthme ☐ apnée de sommeil ☐ autre

☞ digestives :

☐ gastrite/ulcère ☐ cirrhose ☐ autre
☐ pancréatite ☐ colopathie

☞ neurologiques :

☐ polynévrite ☐ épilepsie ☐ autre

☞ endocriniennes :

☐ hypothyroïdie ☐ diabète ☐ autre

☞ allergies :

☐ alimentaire ☐ respiratoire ☐ cutanée

☞ infectieuses :

☐ hépatite B ☐ hépatite C ☐ HIV

☞ métaboliques :

☐ obésité ☐ dénutrition

XI. ETAT ACTUEL

Psychique : ☐ stable ☐ instable

Somatique : taille.....cm poids.....kg ☐ altération de l'état général

Nécessité d'un régime alimentaire spécifique :

☐ hypocalorique ☐ diabétique

Capacités physiques d'exercer des activités sportives (gymnastique, musculation, piscine, randonnée): ☐ oui ☐ non

XII. AUTONOMIE

Le patient est-il capable de comprendre et de parler le français sans difficulté ?

☐ oui ☐ non

Existe-t-il un déficit somatique ?

Auditif

☐ non

☐ oui

☐ léger
☐ moyen
☐ sévère

Visuel

☐ non

☐ oui

☐ léger
☐ moyen
☐ sévère

Moteur

☐ non

☐ oui

☐ léger
☐ moyen
☐ sévère

Besoins d'aide pour les actes de la vie quotidienne

☐ non

☐ oui

Si oui précisez :

☐ hygiène

☐ habillage

☐ déplacement

☐ élimination

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 :.....
☐ addictologie	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 samedi 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.

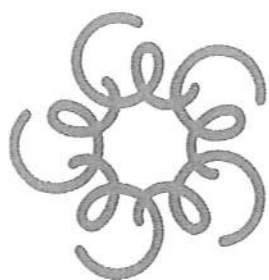


Si vous êtes contrôlé positif à votre arrivée, vous ne serez pas admis en séjour

Nom et prénom

Date

Signature



Clinique
du château de Longues Aygues

ATTESTATION HEBERGEMENT

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (nom/prénom).....

Demeurant :

s'engage à héberger Madame, Monsieur (nom/prénom).....à la
fin de son séjour de cinq semaines au Château de Longues Aygues à Nègrepelisse, ou plus tôt
si la cure doit être interrompue pour diverses raisons.

**JOINDRE IMPERATIVEMENT UNE COPIE RECTO/VERSO DE LA PIECE
D'IDENTITE DE L'HEBERGEANT(E)**

Fait à, le

Signature



LA PERSONNE DE CONFIANCE

Tout patient majeur (à l'exception du majeur sous tutelle*) peut désigner une personne de confiance. **Il ne peut n'y en avoir qu'une.**

A savoir :



Cette désignation se fait par écrit lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation sur le formulaire prévu à cet effet au verso de cette page.



La personne de confiance est désignée pour la durée de votre séjour. Vous pouvez changer de personne de confiance à tout moment par écrit, se référer au service des admissions.



* En cas de tutelle ?

La désignation se fait uniquement avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille (si constitué).



Le rôle de la personne de confiance :

Si vous êtes en capacité de vous exprimer, votre personne de confiance peut avoir une mission d'accompagnement à vos côtés. Si vous le souhaitez, elle peut :



- Vous soutenir dans votre cheminement personnel, vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;



- Assister en votre présence aux consultations ou aux entretiens médicaux ;



- Prendre connaissance en votre présence d'éléments de votre dossier médical. Elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer les informations sans votre accord (devoir de confidentialité).



La personne de confiance ne se substitue pas à vous. Si du fait de votre état de santé, vous êtes en incapacité d'exprimer votre volonté ou de recevoir des informations concernant votre santé, l'équipe médicale consultera en premier votre personne de confiance.



L'avis de la personne de confiance doit refléter votre volonté. C'est pourquoi il est important de désigner une personne qui sera capable d'indiquer vos souhaits le moment venu.

La personne désignée doit donner son accord et signer le formulaire de désignation de la personne de confiance.



Une personne peut refuser d'être la personne de confiance.



LES PERSONNES À PRÉVENIR

Il peut y en avoir une ou plusieurs :

- **Elle n'a pas accès aux informations médicales** vous concernant ;
- **Elle ne participe pas aux décisions médicales ;**
- **Elle est contactée par l'équipe soignante en cas d'évènements particuliers** au cours de l'hospitalisation d'ordre organisationnel ou administratif (transfert vers un autre établissement, fin du séjour...) ;
- Il est fortement recommandé de désigner une personne à prévenir ;
- Afin de désigner une ou plusieurs personnes à prévenir, **remplissez le formulaire de désignation des personnes à prévenir** (page 3).



La personne de confiance et les personnes à prévenir doivent obligatoirement être majeurs.

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

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 peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je soussigné(e),

Nom de naissance : Nom utilisé :

Prénom(s) de naissance :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone(s) : @mail :

FICHE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

☐ Je souhaite désigner comme personne de confiance

☐ Madame

☐ Monsieur

Nom de naissance : Nom utilisé :

Prénom(s) de naissance :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone(s) : @mail :

Qualité (lien avec la personne) :

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation.

- J'ai été informé(e) que **cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.**
- Je peux **révoquer cette désignation à tout moment** et dans ce cas, je m'engage à en **informer par écrit l'établissement**, en remplissant la fiche de désignation.
- La personne de confiance est en **droit de refuser cette désignation.**

Fait à
Le
Signature du patient

Fait à
Le
Cosignature personne de confiance

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE OU DES PERSONNES À PRÉVENIR

Nom de naissance :
Nom utilisé :
Prénom(s) de naissance :
Date de naissance :

DÉSIGNATION DE LA OU DES PERSONNE(S) À PRÉVENIR

☐ Je souhaite désigner une ou des personne(s) à prévenir*

*J'accepte que la clinique prenne contact, si cela est nécessaire avec les personnes de mon entourage dont voici les coordonnées :

	PERSONNE 1	PERSONNE 2	PERSONNE 3
NOM			
PRÉNOM			
LIEN			
TÉLÉPHONE(S)			



- J'ai été informé(e) que la personne à prévenir n'a pas accès aux informations médicales me concernant ;
- **Elle ne participe pas aux décisions médicales ;**
- **Elle est contactée par l'équipe soignante en cas d'évènements particuliers ;**
- **Votre personne de confiance peut aussi être désignée comme personne à prévenir ;**
- Il n'est pas obligatoire d'en désigner une mais **recommandé.**

Fait à
Le
Signature du patient





Il s'agit d'une déclaration écrite. Si un jour votre état de santé ne vous permet plus de vous exprimer, vos directives anticipées permettront aux équipes médicales responsables de votre prise en charge, de connaître vos souhaits en matière de traitements et de soins médicaux. Elles vous permettent de garder le contrôle de vos soins de santé, même dans des situations où vous ne pouvez pas communiquer vos préférences.



COMMENT ÇA MARCHE ?



QUAND PEUT-ON LES ÉCRIRE ?

L'objectif des directives anticipées est de communiquer à l'avance vos préférences. Vous pouvez donc les rédiger quand vous voulez, que vous soyez malade, ou non.



COMMENT LES RÉDIGER ?

Vous pouvez les écrire sur un simple papier ou sur le formulaire accessible sur sante.gouv.fr



AVEC QUI EN PARLER ?

POUR DEMANDER DES CONSEILS :



Les professionnels de santé



Votre personne de confiance, vos proches...



Des associations de patients

POUR INFORMER DE L'EXISTENCE DE VOS DIRECTIVES ANTICIPÉES ET DE COMMENT Y ACCÉDER :



Votre médecin



Votre personne de confiance, vos proches...

QUE PEUT-ON INDIQUER DANS LES DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

Vous avez le droit de décider des éléments que vous souhaitez y inclure. Cela peut concerner :



L'assistance respiratoire



L'acharnement thérapeutique



La réanimation



Autres (alimentation, hydratation, préférence de traitements...)

Vous pouvez également y préciser vos souhaits non médicaux et vos croyances.



Pour plus d'informations, vous pouvez regarder la courte vidéo accessible depuis le QR ci-dessous :



COMMENT LES CONSERVER ?



Dans votre dossier médical partagé, en vous connectant à monespacesante.fr



En les confiant à votre médecin



En les gardant avec vous, en informant vos proches de comment y accéder



ATTENTION

LORS DE CHAQUE HOSPITALISATION

Il est important d'informer l'établissement responsable de votre prise en charge de l'existence, ou non, de vos directives anticipées, et de comment y accéder

COMMUNICATION DES INFORMATIONS CONCERNANT VOS DIRECTIVES ANTICIPÉES



La confidentialité est essentielle concernant vos directives anticipées : Vous n'êtes pas obligé de les partager avec qui que ce soit, sauf si vous le souhaitez. Si vous décidez de partager vos DA avec nos équipes, soyez assuré qu'elles seront traitées avec la plus grande discrétion et respect.

**ET PENDANT VOTRE SÉJOUR À LA CLINIQUE ?**

La communication de vos directives à la clinique n'est pas obligatoire, néanmoins, il est important que nous sachions si vous avez rédigé, ou non, vos directives anticipées et que nous puissions y accéder si nécessaire. Si vous ne souhaitez pas partager vos directives anticipées, cela ne compromet en rien la qualité de vos soins et celle de votre séjour. Cependant, cela peut aider à s'assurer que vos préférences sont prises en compte.

Merci de remplir ce formulaire et de le retourner par mail à la clinique, ou de le remettre à l'agent qui vous accueillera le jour de votre admission.

Nom de naissance :

Prénom de naissance :

1 Avez-vous rédigé des Directives Anticipées ?

- ☐ Oui
☐ Non

2 Si oui, comment sont-elles accessibles ?

- ☐ Elles sont accessibles par votre personne de confiance ou un proche
☐ Elles sont conservées dans un endroit spécifique que nous devons connaître :
☐ Elles ne sont pas accessibles actuellement

3 Souhaitez-vous en discuter avec un professionnel de santé pendant votre séjour ?

- ☐ Oui
☐ Non

Durant votre séjour, vous pourrez en discuter avec votre médecin même après avoir rempli ce formulaire. Il peut aussi vous aider à rédiger les directives anticipées.

Date :

Signature :