

Dossier d'admission

Madame, Monsieur,

Vous faites une demande d'admission à la clinique La Recouvrance pour une **hospitalisation complète de 6 semaines**.

Voici les éléments que doit comporter votre dossier complet :



Dans tous les cas :

- Volet administratif et social,
- Volet médical (rempli par le médecin appuyant votre demande),
- Contrat de soins et de vie en collectivité signé,**
- Une lettre de motivation,**
- Ordonnance ou copie du traitement en cours,
- Derniers Compte rendu hospitalisation et/ou fiche de liaison,
- Derniers résultats médicaux (moins de 3 mois) et bilans dentaire,
- Attestation de droits de Sécurité Sociale (et/ou CSS),
- La photocopie recto-verso de votre carte mutuelle en cours de validité ou CSS de moins de 6 mois,
- En cas d'ALD : Attestation de prise en charge à 100%,
- La photocopie recto-verso de votre pièce d'identité ou titre de séjour.

NOUS RENVOYER VOTRE DOSSIER DUMENT COMPLÉTÉ :

A l'attention du SECRETARIAT pour PREADMISSIONS par :

✉ rco.secretariat@ramsaysante.fr

Fax : 05.61.37.45.71



CLINIQUE LA RECOUVRANCE
5, place de la Halle 31620 Fronton

Tel : 05.61.37.45.70

Volet administratif et social

Date de la demande :

Entrée souhaitée le :

Transfert direct : OUI / NON

PATIENT

Nom : Prénom :

Nom JF :

Date de naissance : Le/...../..... Lieu :

Nationalité :

Adresse :
.....

Code postal :

Ville :

Téléphone : Portable :

Situation familiale : Célibataire En couple Divorcé(e) Veuf (ve) Séparé(e)

Nombre d'enfant(s) : Nombre d'enfant(s) à charge :

Situation actuelle : Activité/Arrêt maladie Invalidité Chômage Handicap

Profession :

SERVICE ADRESSEUR

Etablissement :

Médecin : Dr.....Téléphone :

Mail :@.....

(Infirmierie :Téléphone.....)

MEDECIN TRAITANT

Médecin traitant :

Tel :

PERSONNE A PREVENIR

Nom: Prénom :

Lien : Téléphone :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Sauvegarde Curatelle Tutelle A faire En cours Aucune

Si oui, Nom du mandataire judiciaire :

Si démarche en cours à préciser :

.....

LOGEMENT

Propriétaire Locataire Hébergé Foyer Sans abri

Y a-t-il déjà des intervenants à domicile (aide-ménagères, IDE lib,) :

A la sortie de notre établissement (en fin de programme ou en cas de sortie anticipée) **quel est l'hébergement prévu ?**

.....

.....

En cas d'hébergement chez une/des personne(s), merci de produire une attestation d'hébergement de cette/ces personne(s)

SITUATION FINANCIERE

Ressources : Aucune Salaire/IJ Allocation chômage RSA Invalidité

Retraite AAH Autres :

N° d'Allocataire :

SUIVI SOCIAL

Un Suivi social et des démarches ont-ils été engagés : Oui Non

Si oui lesquels (allocations de ressources/logement).....

.....

.....

Volet médical (A remplir par le médecin)

Ces informations sont indispensables pour une prise en charge optimale

MOTIF DE LA DEMANDE

Consolidation de sevrage/d'abstinence de quel(s) produit(s) :

Dans un contexte : programmé d'urgence :

de continuité de soins spécialisés :

SEVRAGE

A ce jour le patient consomme : de façon importante de façon déjà réduite

Abstinence depuis le :

Le sevrage a été réalisé : en Ambulatoire : en Hospitalisation

Le sevrage est prévu : en Ambulatoire : en Hospitalisation

Le sevrage est en cours : Oui Non

OBJECTIFS SECONDAIRES du séjour au sein du SMR-A LA RECOUVRANCE

Objectifs secondaires	Moyens au sein du SMR-A La Recouvrance	Coché
Sevrage d'autres produits	Programme tabac, autre(s) addiction(s) vue(s) comme secondaire(s) par le patient	
Séjour de rupture	Entretien entourage + patient + psycho/ASS/médecin,	
Réadaptation physique	Activités physiques adaptées groupe +/- individuelle	
Surveillance médicale de comorbidité	Référence infirmière pendant le séjour	
Réinsertion sociale	Référence AS pendant le séjour	
Education thérapeutique maladie addictive	Motivation à la mise en place d'un suivi après le séjour	
Motivation au suivi psychologique	Psychothérapie individuelle (référence psycho)	

HISTORIQUE DES SOINS

Dates des précédentes hospitalisations de sevrage / SMR-A/ psychiatrie	Durée et Année	Lieux

DOMMAGES LIES A L'ADDICTION

Familiaux	
Sociaux	
Professionnels	
Légaux	Problèmes judiciaires actuels : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / A n t é c é d e n t s i n c a r c é r a t i o n : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Permis de conduire : <input type="checkbox"/> Valide <input type="checkbox"/> Suspension <input type="checkbox"/> Annulation <input type="checkbox"/> Pas de permis Suivi SPIP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / Obligation de soin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Psychiatriques	
Somatiques	

AUTRES ANTECEDENTS

Allergiques :

ATCD médicaux :

ATCD de délirium tremens ou d'épilepsie de sevrage : Oui Non

ATCD Chirurgicaux :

Psychiatriques :

Diagnostic psychopathologique :

Passages à l'acte : Hospitalisation(s) sous contraintes :

Suivi en cours :

ETAT ACTUEL

Poids : Taille :

Etat somatique : Etat psychique :

Etat cutané :

L'état du patient est-il compatible avec une prise en charge collective et des ateliers

interactifs : Oui Non

BILAN D'AUTONOMIE

Hygiène : oui non avec aide

Déplacement : oui non avec aide

Elimination : oui non avec aide

Troubles mnésiques : non oui

Troubles de la compréhension : non oui

Désorientation : oui non avec aide

Si troubles cognitifs éventuellement MOCA ou MMSE / 30

Acuité visuelle : bonne altérée déficiente

Acuité auditive : bonne altérée déficiente

Appareillage (moteur ou sensoriel) :

TRAITEMENT

Les patients doivent impérativement venir avec **24h de traitement en avance uniquement**.
Tous les traitements seront récupérés à l'admission et ne seront pas rendus à la sortie. Une ordonnance de sortie vous sera remise le jour de la sortie.

Merci de nous joindre la copie des traitements actuels.

Régime alimentaire (désodé, diabétique, mixé, sans porc, sans viande, etc...) :

PROJET DE SORTIE

Continuité de soins résidentiels : CTR, CT, autre SMR-A... ? les demandes ont-elles été faites ?

oui non

Si oui, pour quelle structure ?

Suivi ambulatoire : où ? Avec quel professionnel peut-on faire du lien à la sortie (tel)

?

Eventuel(s) rendez-vous donné(s) :

.....

Contrat de Soins et de Vie en Collectivité

Les premiers jours

- Familiarisation avec l'établissement.
- Premier atelier le lundi ou le mercredi suivant le jour de votre entrée.

Le programme de soin

- Prise en charge globale de la maladie addictive : aspects physiques, psychologiques et sociaux,
- 6 semaines,
- Expérience de vie sans produit,
- Participation obligatoire aux ateliers de groupe,
- Vous pouvez bénéficier d'un suivi individuel avec une assistante sociale ; vous devez en faire la demande directement auprès des infirmiers.

Sorties et visites

Sorties

- Accompagnées et organisées par un membre du personnel de la clinique.
- En dehors des ateliers de groupe.

Sorties thérapeutiques

- Seulement sur prescription médicale et selon l'organisation établie.
En cas de non-retour de sortie thérapeutique aux heures indiquées, l'équipe médicale et pluridisciplinaire déclencheront alors le protocole de fugue.




Visites de votre entourage

- En dehors des ateliers de groupe et rendez-vous individuels.
- Lundi-Mardi-Jeudi-Vendredi (13h-17h), Mercredi (13h-16h) → dans la verrière ou dans le parc
- 2 personnes maximum par visite.
- Les enfants restent sous la responsabilité du parent ou de l'adulte accompagnant.
- Les visites peuvent être suspendues selon les directives des tutelles (en fonction de la circulation des épidémies).

PCR

En fonction des recommandations ministérielles, des tests RT-PCR pourront être réalisés à votre entrée et pendant votre séjour. Pour les visiteurs un pass sanitaire pourra être demandé.

Cas de rupture immédiate du contrat de soins

- Absences ou retards répétés aux ateliers de groupe.
- Approvisionnement, consommation ou détention de :
 -  Produits alcoolisés (y compris bain de bouche, etc.),
 -  Produits illicites (cannabis, cocaïne, etc.),
 -  CBD, Poppers, bières sans alcool, jeux d'argent, jeux à gratter, boissons énergisantes,
Tous ces produits sont non tolérés sur l'établissement (ils seront récupérés et non rendus).
 - Médicaments non prescrits dans l'établissement,
 - Outils ou matériel dangereux.
Tous ces produits sont à remettre à l'infirmerie le jour de l'entrée.
- Acte de violence, propos ou actes agressifs.

Toute l'équipe (médicale, paramédicale, administrative et technique) est formée aux addictions et s'engage à vous accompagner pour garantir, ensemble, le respect du contrat de soins.

L'infirmierie

- Infirmierie au 1^{er} étage,
- Équipe soignante jour et nuit à votre écoute,
- Lieu de prise des médicaments : à l'infirmierie aux horaires affichés
→ **Munissez-vous de votre gobelet**,
- Consultations médicales :
 - Pour toute demande médicale adressez-vous à l'infirmierie,
 - Indiquez le motif de votre consultation à l'infirmier,
 - Selon votre demande un rendez-vous pourra être programmé avec un médecin,
 - Hors urgence vitale, les RDV seront pris en dehors des ateliers obligatoires.

Vie collective

- Respect des règles sanitaires (port du masque, distanciation sociale, hygiène des mains...).
- Interdiction de fumer/vapoter au sein de la clinique (chambres, salons, salles, hall d'accueil, sas, etc.).
- Respect des horaires des repas.
- Pour des raisons d'hygiène, la conservation de denrées périssables est interdite.
- Respect du calme et du repos de chacun.
- Fermeture de l'accès au parc à 21h,
- **L'accès des chambres est réservé exclusivement à leurs occupants et aux professionnels.**
- La présence d'animaux dans les étages est strictement interdite.
- Vous devez avoir une hygiène personnelle correcte et une tenue vestimentaire décente.
- Vous devez respecter les locaux.

Objets personnels

- Les clés de votre véhicule sont à remettre au coffre le jour de l'entrée.
- La conduite pendant le séjour n'est pas autorisée.
- Nous vous conseillons de laisser au coffre principal de l'établissement : argent liquide, carte bancaire, chéquier et objets de valeur.
- Soyez vigilants concernant vos affaires personnelles.

Par ce contrat, vous vous engagez à respecter les points ci-dessus ; indispensables à la réussite de votre séjour.

Toute l'équipe de la Clinique La Recouvrance.

Nom et Prénom :

Date :

Signature :