

Service d'Addictologie de la Charente

Unité d'Hospitalisation- Sevrage complexe

72 RUE JEAN DOUCET | 6400 LA COURONNE

☎ 05.45.67.01.99 Fax 05.45.67.35.29 ✉ addictologie@ch-claudel.fr

Dossier demande d'admission de

NOM

PRENOM

☎

Madame, Monsieur,

Un soignant vous a orienté vers notre service d'Addictologie. Pour nous permettre de mieux construire cette étape dans votre parcours de soins, nous aimerions avoir le plus d'informations possibles pour organiser votre séjour.

Ce dossier comporte deux parties :

1. Une que vous remplissez vous-même
2. L'autre remplie par votre soignant

Vous devrez **réunir les documents indispensables suivant pour compléter le dossier :**

- La photocopie de votre pièce d'identité Recto-Verso
- La photocopie de votre carte vitale Recto-Verso
- La photocopie de votre carte de Mutuelle ou Complémentaire Santé Solidaire en cours de validité
- Si vous êtes à 100%, en ALD, l'attestation de votre prise en charge CPAM
- Un bilan biologique (qui doit vous être prescrit par votre médecin traitant et réalisé)
- Votre dernière ordonnance
- Autre : Échographie hépatique, Scanner, radio pulmonaire ...

S'il le souhaite, votre médecin traitant peut joindre une lettre pour compléter le dossier mais aucune lettre de motivation de votre part n'est requise,

Le dossier sera examiné par l'équipe d'Addictologie dans la semaine suivant sa réception complète. Nous pouvons vous rappeler pour d'éventuelles précisions. Nous vous informerons de notre décision dans les meilleurs délais.

Si vous êtes actuellement hospitalisé ou sortant, merci de joindre le courrier médical ou le compte-rendu d'hospitalisation.

Commençons par le commencement...

Vous & vos droits...

NOM D'USAGE NOM DE NAISSANCE
 PRENOM (S)
 DATE DE NAISSANCE LIEU DE NAISSANCE
 ADRESSE
 CP VILLE
 TELEPHONE EMAIL

NUMERO DE SECURITE SOCIALE (joindre photocopie carte vitale ou attestation de prise en charge)

MUTUELLE (joindre attestation)

LOGEMENT (joindre attestation en cas d'hébergement)

☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Foyer/Hôtel ☐ Sans domicile ☐ Hébergé(e) chez :

SITUATION FAMILIALE

☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Célibataire ☐ Vie en couple ☐ Divorcé(e)
☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve)
☐ Enfants (prénoms et âge) :

SITUATION PROFESSIONNELLE

☐ En activité ☐ Retraité(e) ☐ Sans activité
 Profession :
☐ En Arrêt de travail depuis ☐ Invalidité depuis

RESSOURCES ET AIDES

☐ Salaire ☐ Indemnités journalières ☐ Assedic ☐ AAH
☐ Retraite ☐ RSA ☐ Autre :

MESURE DE PROTECTION

☐ OUI laquelle :
☐ NON

SITUATION JUDICIAIRE

☐ Suivi SPIP (probation)

Souhaitez-vous que votre médecin traitant soit informé de votre hospitalisation ?

☐ OUI ☐ NON

Sachez que les informations médicales vous concernant seront partagées au sein de l'équipe médicale et paramédicale du service d'addictologie (médecin, infirmier(e), aide-soignant(e))

LA PERSONNE DE CONFIANCE QUE JE DESIGNE merci de nous indiquer son nom, prénom, adresse et numéro de téléphone et votre lien avec cette personne

.....

Avant d'arriver, Ce qui est bon de connaître et de signer

Les règles et devoirs

Ce temps hospitalier est un moment privilégié pour faire le point sur votre maladie addictive et vous accompagner dans un projet de changement. Cette collaboration entre vous et nous ne peut se concevoir sans un **engagement** mutuel. Le programme de soins personnalisé que nous élaborerons avec vous au cours de votre séjour comprends des ateliers, des activités et des examens qui sont essentiels (donc obligatoires).

La vie en groupe impose **bienveillance envers les autres, respect de l'équipe, adaptation à l'organisation des soins et une précaution de soi comme du lieu**. Votre **comportement** et **votre tenue** sont **corrects** dans tous les lieux partagés : **laissez donc vos pyjamas, peignoirs ou chaussons dans vos chambres qui doivent se tenir rangées et propres**. Merci en revanche d'apporter une tenue de sport pour les activités sportives.

Le Centre **ne peut être tenu** pour **responsable** en cas de vol ou de perte (**votre téléphone portable en particulier**) Laissez donc carte bancaire, argent ou objets de valeur chez vous. Nous avons en revanche la possibilité de déposer ces valeurs à la perception de La Couronne. La **télévision** n'est qu'accessible de **13h à 14h** et après le repas du soir, jusqu'à **22h30**. Afin de ne pas gêner le sommeil des autres, le retour en chambre est **avant 23h** sans faire de bruit. Les espaces communs sont fermés de **23h à 6h**. Vous pouvez **téléphoner** de votre portable. Les portables sont éteints durant toutes les activités et les repas.

Pendant la durée de votre hospitalisation, **aucune visite ni permission est autorisée**.

Vous n'êtes pas autorisés :

- à apporter des denrées périssables, des boissons dites « sans alcools »,
- à stocker et de consommer de la nourriture et du café dans les chambres,
- à apporter ordinateur ou lecteur DVD portables, tablettes, consoles de jeux
- à fumer ou « vapoter » à l'intérieur du Centre, (chambres comprises),
- à avoir des relations sexuelles dans la structure,
- à avoir avec vous un couteau et toute sorte d'armes, ...
- D'introduire et/ou consommer tout **produit à base d'alcool, du CBD, produits illicites ou substances psycho-actives ainsi que des médicaments non prescrits**

CAS DE RUPTURE D'HOSPITALISATION :

Toute transgression au règlement ou comportement gênant le déroulement des soins

Un alcootest et/ou une analyse d'urine sera pratiqué dès votre arrivée et pourra l'être à tout moment.

Je soussigné(e),....., avoir lu le règlement et m'engage à le respecter.

En particulier J'ai bien noté que (cochez chaque case)

- ☐ Si je suis fumeur, une substitution à la nicotine me sera systématiquement prescrite dès mon arrivée et que je ne pourrai acheter ou me faire livrer du tabac au cours du séjour
- ☐ Je dois apporter une tenue de sport
- ☐ **Je dois arriver SANS AVOIR BU d'alcool depuis au moins la veille. Je ne peux arriver « défoncé » et j'accepte, si c'est le cas ne pas être admis et le retour à domicile qui sera immédiatement mis en place.**

Date :

Signature :

Il est maintenant important pour nous que vous nous présentiez votre maladie addictive

Ma maladie addictive

Expériences et usages des produits ou comportements

Pour chaque ligne, mettez une croix dans une des colonnes et entourez le produit qui vous pose le plus de problème actuellement

Substances psycho-actives

Substances	Jamais	Pas au cours des 6 derniers mois	Actuellement, sur les 6 derniers mois <i>précisez la quantité et fréquence</i>
ALCOOL			
TABAC			
CANNABIS			
COCAÏNE-CRACK			
HEROÏNE ou médicaments opiacés non prescrits			
CALMANTS Benzodiazépines ou somnifères non prescrits			
GHB			
HALLUCINOGENES MDMA/Ecstasy/LSD/Kétamine			
CATHINONES 3MMC, 3 CMC, alpha pvb...			
Autre : préciser			

Comportements addictifs

Comportements	Pas de problème	Des préoccupations
JEUX		
ALIMENTATION		
TRAVAIL		
SEXUALITE		
ECRANS (vidéos, internet appli et téléphones)		
Autre : précisez		

Enfin, merci de nous préciser quel changement vous envisagez ?

Mon projet

Où j'en suis avec le « produit pour lequel vous sollicitez cette hospitalisation

Pour chaque proposition, cochez la case d'émoticon pour exprimer votre niveau d'accord/désaccord avec la phrase/ Cochez un émoticone par ligne de pas du tout à entièrement d'accord

 Pas du tout d'accord
  Moyennement d'accord
  +/- d'accord
  assez d'accord
  Tout à fait d'accord

Merci de bien vouloir répondre à chaque question (une croix par ligne) Le terme « produit désigne ici celui qui vous a conduit à ce projet (Alcool, cocaïne, héroïne, Cannabis, jeux d'argents etc...					
Ma consommation de « produit » n'a pas besoin d'être modifiée 					
J'essaye de réduire ma consommation de « produit » 					
J'apprécie de consommer mais, parfois j'en consomme trop. 					
Je devrai réduire ma consommation de ce produit 					
Cela ne sert à rien de me préoccuper de ma consommation 					
J'ai récemment modifié mes habitudes de consommation 					
Tout le monde dit vouloir changer sa consommation mais moi je le fais 					
J'en suis au point où je devrai penser à réduire ma consommation 					
Ma consommation est un problème 					
Ça ne me pose pas de problème de continuer de consommer comme je le fais 					
Je suis en train de changer mes habitudes de consommation 					
Ma vie serait la même si je consommais moins 					



Quel(s) changement(s) j'envisage de mettre en place ?

Quel(le) usage/consommation du produit envisagez-vous après la sortie de l'hospitalisation ?

Dans le mois qui suivra l'hospitalisation ?

- | | |
|---|--|
| ☐ Abstinence (Arrêt total) | ☐ Réduire sans arrêter |
| ☐ J'hésite ou je ne sais pas | ☐ Je ne veux rien changer |

Six mois après l'hospitalisation ?

- | | |
|---|--|
| ☐ Abstinence (Arrêt total) | ☐ Réduire sans arrêter |
| ☐ J'hésite ou je ne sais pas | ☐ Je ne veux rien changer |

Vos motivations :



Service d'Addictologie de la Charente

Secteur résidentiel-Hospitalisation

72 RUE JEAN DOUCET 16400 LA COURONNE

☎ 05.45.67.01.99 Fax 05.45.67.35.29 ✉ addictologie@ch-claudel.fr

Dossier demande d'admission de

NOM

PRENOM

☎

☐ A cocher si le patient a déjà été hospitalisé au Centre hospitalier Camille Claudel (dans ce cas, ne remplir que les éléments médicaux récents)

Cher Collègue, Cher Confrère, Chère Consœur,
Merci de compléter le document du patient par cette feuille

PROFESSIONNEL DE SANTE DEMANDEUR (Nom, fonction, coordonnées, téléphone, email, signature et cachet).

TAMPON

LA SITUATION ADDICTOLOGIQUE ACTUELLE ET PASSEE

Merci de nous lister les Substances Psycho-Actives Actuelles et passées Une croix par ligne

Substances objets	Usage passé	Usage actuel	Projet de changement	Objectif de changement attendu ou établi avec le patient (Notez)
Alcool				
Cannabis				
opiacés				
Cocaïne Crack				
Tabac				
Drogues de synthèse				
Benzo Sédatifs				
Jeux, Ecrans				
Addiction sexuelle				
Autres :				

1. Consommations Déclarée du ou des produits (quantité et fréquence) :

2. « Qu'attendez-vous de cette hospitalisation ? » (en 2 ou 3 lignes) :

1. TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES ACTUELS (*Joindre une ordonnance*)

HISTOIRE MALADIE ADDICTIVE

Age des premiers dommages ?

Historique des soins

- **Résidentiels**

Sevrage, « cure », SSR (post-cure), CTA (Communauté Thérapeutique Addictologique)

Lieu (Dénomination)	Date approximative	Durée du séjour	Bénéfices obtenus

Le patient a-t-il déjà présenté un syndrome de sevrage sévère (Crise Convulsive Généralisée, DT, confusion) ?

☐

OUI

☐

NON

- **Soins Ambulatoires**

- Suivis

☐

Suivi Psychiatre

☐

Suivi PSYCHO

☐

Suivi EMAPASS

☐

Suivi CSAPA-AGORA

☐

Suivi Médecin traitant

☐

Suivi IDE ASALEE

☐

Suivi CSAPA-ANPAA

☐

Suivi somaticien

☐

Autres :.....

○ **Traitement pharmacologiques déjà reçus ou actuellement prescrits**

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Acamprosate AOTAL® | ☐ Naltrexone REVIA® | ☐ Nalméfène SELINCRO® |
| ☐ Disulfiram ESPERAL® | ☐ Baclofène | |
| ☐ METHADONE® | ☐ Buprénorphine SUBUTEX® | ☐ Suboxone® |

○ **Approches psychothérapiques**

- | | | | |
|--|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| ☐ Suivi psychologue | ☐ Suivi TCC | ☐ Hypnose | ☐ EMDR |
|--|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|

○ **Accompagnement associatif et social**

- | | | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| ☐ Suivi Assistance Sociale | ☐ CARRUD | ☐ AA | ☐ NA | ☐ Vie libre |
|---|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|

ANTECEDENTS SOMATIQUES

- | | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
| ☐ HTA | ☐ Diabète | ☐ BPCO | ☐ CANCER : |
| ☐ Polynévrite | ☐ Ischémie Myocardique | ☐ AVC | |
| ☐ Maladies Alcooliques du foie | ☐ Cirrhose virale | ☐ Cirrhose mixte | |
| ☐ Pancréatite | ☐ Autres : | | |

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

Hospitalisations (*nombre, Tentatives de suicides, mode joindre CRH précédents*)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ Tentative de suicide | ☐ Dépression | ☐ Troubles psychotiques | ☐ Troubles anxieux |
| ☐ Hospitalisation sous contrainte | ☐ Hospitalisation au CHCC | ☐ Suivi CMP | |
| ☐ Traumatismes | ☐ Autres : | | |

Avez-vous repéré des Troubles Cognitifs chez ce patient ?

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| ☐ OUI | ☐ NON | ☐ DOUTE |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|

Si oui ☐ IRM ☐ BEARNI : score

Merci de prescrire ou de joindre un bilan biologique de moins d'un mois comprenant :

NFS-VS, Transaminases, GGT, Carboxy-Dexosy-Transférine, TSH, Triglycérides, Cholestérol Total, HDL, Iono sang et les sérologies VHC, VIH et VHB, CRP, Lipase, TSH + T4

DEVENIR À LA SORTIE DE L'HOSPITALISATION

- ☐ Retour à domicile
- ☐ Poursuite d'un séjour de Soins de Suites et Réadaptation (« Post-cure »)

Attendu le : à :

Attention : l'unité de sevrage complexe pour laquelle vous sollicitez une admission NE METTRA PAS en place un projet de post-cure (SSR), il est impératif d'en faire la demande au préalable

SUIVI AMBULATOIRE

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Suivi psychiatre | ☐ Suivi CSAPA-AGORA | ☐ Suivi CSAPA-ANPAA |
| ☐ Suivi Médecin traitant | ☐ Suivi Somaticien | ☐ Hôpital de jour Addicto |
| ☐ Suivi EMAPASS | ☐ Suivi PSYCHO VILLE | ☐ Suivi IDE ASALEE |
| ☐ Suivi CARRUD | ☐ Suivi CHRS | ☐ Autre : |

Observations de l'équipe du Centre d'addictologie de la Charente. Ne pas remplir

ADMISSIBLE	ADMISSIBLE SOUS RÉSERVE	NON ADMISSIBLE

Réserves :

- ☐ **Prévoir un Rendez-vous Médecin préalable à l'hospitalisation**

Prévu le..... Avec.....

Patient prévenu le.....

- ☐ **Prévoir une visite de la structure préalable à l'hospitalisation**

Prévu le..... Avec.....

Patient prévenu le.....

- ☐ **Adresser une ordonnance d'un bilan biologique et/ou d'examens complémentaires**

Fait le :

- ☐ **Raison du refus :**

.....
.....
.....

Patient prévenu le.....