



Clinique les Bruyères

Demande d'admission

« Un dossier convenablement rempli permet une réponse rapide ! »

Merci de remplir les 6 rubriques ci-dessous.

Date : . . / . . / 20 . .

Madame, Monsieur,

Cadre réservé aux Médecins des Bruyères

La date de votre admission sera fixée après réception de votre dossier. Nous vous contacterons pour convenir d'une date.

La démarche de soins dans notre établissement à la suite de votre séjour de sevrage, repose évidemment **sur une abstinence totale d'alcool et de toute substance psychoactive.**

A votre arrivée, un éthylotest et un test urinaire à la recherche de toxiques conditionnera votre admission au sein de notre établissement.

A votre admission, nous vous rappelons une liste de produits proscrits :

- Produits d'hygiène avec alcool.
- Produits aérosol (laque, déodorant...)
- CBD, boissons énergisantes, et toute substance psychotrope illicite ou non.
- Armes blanches ou à feu, objets tranchants, contenant, coupants.

Durant votre séjour, votre chambre constitue un espace privé et vous est strictement réservée. Vos familles et vos proches ne peuvent y avoir accès.

Il vous est demandé de participer à **toutes les activités thérapeutiques** qui font partie de votre projet de soins.

Formalités d'admission

La personne est admise **après sevrage** effectué en milieu hospitalier ou en ambulatoire et après examen par la Commission d'Admission du dossier comprenant :

- La fiche administrative complétée accompagnée de l'attestation de droits sécurité sociale ainsi que la photocopie recto – verso de votre carte mutuelle
- Le questionnaire médical **complété par votre médecin** accompagné du dernier bilan biologique comportant les examens demandés sur le questionnaire médical (ECG, compte spécialisé - notamment si bilan cardiologique ou neurologique – s'il y a)



Clinique les Bruyères

Demande d'admission

Le jour de votre admission

Merci de vous munir de :

- Carte vitale et l'attestation de sécurité sociale
- Carte mutuelle
- Attestation de CMU complémentaire, et tous documents de prise en charge en votre possession.
- Carte d'identité ou passeport **en cours de validité**
- Documents médicaux en votre possession (ordonnances, courrier du médecin, comptes rendus d'hospitalisation, bilans biologiques, examens complémentaires...)

Informations sur les différents modes de prise en charge

- Si votre prise en charge est de 80% par l'Assurance maladie, vous devrez vous acquitter dès l'admission la somme de 1 127,80 €uros sauf si vous avez une prise en charge mutuelle ou si vous bénéficiez de la CMU complémentaire
- Si votre prise en charge est de 100% par l'Assurance maladie, vous devrez vous acquitter du forfait journalier de 840 €uros sauf si couvert par votre mutuelle ou CMU complémentaire.
- Si vous souhaitez bénéficier d'une chambre particulière, veuillez nous contacter au préalable.



Clinique les Bruyères

Demande d'admission

Clinique les Bruyères	<u>Fiche de suivi admission</u>	EN OPC
<u>Date de réception :</u>/...../.....	Nom du patient : Prénom du patient :	
<u>AVIS DE LA COMMISSION D'ADMISSION :</u>		<u>Date :</u>/...../.....
Favorable : <input type="checkbox"/> Défavorable : <input type="checkbox"/>		
<u>Commentaire :</u> 		
<u>Actions – Avis</u>	<u>Nom – prénom</u>	<u>Date</u>



Clinique les Bruyères

Demande d'admission

1- RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom :		Adresse :	
Prénom :			
Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
Date de naissance : . . / . . /		Tél :	
LIEU DE PROVENANCE			
ETABLISSEMENT <input type="checkbox"/>		DOMICILE <input type="checkbox"/>	
Nom :		Nom du Médecin traitant :	
Service demandeur :		Tél :	
Tél :		Date d'entrée souhaitée : . . / . . / 20 . .	
Date de début d'hospitalisation :			
ASSURANCE MALADIE			
Caisse :		Exonération du ticket modérateur :	
Matricule :		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Mutuelle :		Tutelle : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
C.M.U. : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		A.L.D. : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Aide sociale : Totale <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>			
Merci de joindre une copie de la carte mutuelle.			
SITUATION MATRIMONIALE			
Célibataire <input type="checkbox"/>	Marié(e) <input type="checkbox"/>	Pacsé(e) <input type="checkbox"/>	Concubin(e) <input type="checkbox"/>
Divorcé(e) <input type="checkbox"/>	Séparé(e) <input type="checkbox"/>	Veuf(ve) <input type="checkbox"/>	
PERSONNES A PREVENIR			
1-	Nom :	Prénom :	
	Lien de parenté :	Tél :	
2-	Nom :	Prénom :	
	Lien de parenté :	Tél :	



Clinique les Bruyères

Demande d'admission

4- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A remplir par le médecin

NOM DU PATIENT :

PRENOM :

Le patient est-il porteur d'une A.L.D. ? Oui Non

Si oui, précisez :

SEVRAGE

Date :

Durée :

Lieu :

SEJOURS ANTERIEURS EN ETABLISSEMENT DE CURE, PRIVES OU PUBLICS :

Date	Établissement	Durée de séjour
→		
→		
→		

Si le patient n'habite pas dans les départements suivants (27, 28, 14, 76, 61, 78, 60), merci de justifier cette admission.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANTECEDENTS

Crise comitiales : Oui Non

Diabète : Oui Non

HTA : Oui Non

Delirium tremens : Oui Non

Hépatiques : Oui Non

Cardio-vasculaires : Oui Non

Autres :



Clinique les Bruyères

Demande d'admission

Psychiatriques / psychologiques : troubles du comportement

·Agressivité :

·Violence :

·Tentative de suicide : Oui Non

Si oui, préciser l'année :

·Troubles cognitifs : Oui Non

Si oui, évaluer échelle de 0 à 10 :

·Autres :

Conduites addictives

·Alcool : Oui Non

·Drogues (dont le cannabis) : Oui Non

Si oui, préciser :

·Médicaments : Oui Non

·Autres :

ETAT ACTUEL DU PATIENT

·Aspect général :

·Poids : Taille : Tension :

·Cœur / poumons :

·Système nerveux :

·Appareil génito – urinaire :

·Appareil digestif:

·Appareil locomoteur:



Clinique les Bruyères

Demande d'admission

TRAITEMENT EN COURS :

Vous pouvez joindre l'ordonnance

Dénomination	Posologie	Début	Durée	Commentaires

Traitement onéreux : Oui Non

Traitement de substitution : Oui Non

Le patient est-il actuellement suivi :
si oui, merci de noter les coordonnées

- Psychiatre :
- Psychologue :
- Centre d'alcoologie :
- Autre :

IMPERATIF :

Merci de joindre une copie des derniers bilans biologiques comportant à minima les examens suivants :

→ CRP, Gamma GT, GLYC à jeun, NFS, VS, Plaquettes, Phosphatases alcalines sanguines, TGOT et TGPT, TP, CDT, Créatinémie

Allergies médicamenteuses :

Le patient est-il porteur d'une infection nosocomiale : Oui Non

Le patient est-il porteur du virus du VIH : Oui Non

Le patient a-t-il été transfusé : Oui Non

Coordonnées du médecin traitant :

Médecin

Nom - Prénom :

Tél :

Date : . . / . . / 20 . .

Signature



Clinique les Bruyères

Demande d'admission

TROUSSEAU

La clinique met à disposition un certain nombre de commodités, vous devez néanmoins vous munir personnellement de :

- Maillot de bain (**Uniquement pour les femmes**)
- Nécessaire de toilettes (Brosse à dents, dentifrice, gel douche...)
- Serviettes de toilettes
- Tenues de sports (**pour les activités sportives**)
- Basket de sports
- Gourde
- Sac à dos
- Gobelet
- Feuilles et stylo

L'hygiène sera un élément important de votre remise en forme. Il est donc essentiel d'apporter un nécessaire de toilette complet !

Pour les patients fumeurs : prévoir le nécessaire pour la durée de votre séjour (6 semaines environ).
Néanmoins, possibilité d'acheter du tabac une fois par semaine

Moyens d'accès :

- Par la SNCF, ligne Paris St Lazare à Evreux, puis prendre un taxi (15km)
- Ou accompagné en voiture :

