

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous accordez en nous faisant parvenir votre demande d'admission.

L'Institut d'Addictologie du Littoral est un établissement SMR (soins de suite et de réadaptation) de post cure d'addictologie et a vocation à accompagner les patients durant une période déterminée (4 à 6 semaines en moyenne). Les objectifs de l'hospitalisation sont la consolidation du sevrage et de proposer un suivi thérapeutique global en favorisant l'autonomie et un mode de vie équilibré.

La personne est admise après un sevrage effectué en milieu hospitalier ou en ambulatoire. Une visite de préadmission pourra être organisée après réception de votre dossier de demande d'entrée. L'admission ne sera possible qu'après cette rencontre avec le médecin addictologue et la validation de votre dossier en commission d'admission. Nous vous communiquerons ensuite la date d'entrée.

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.

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

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

- produits d'hygiène avec alcool,
- CBD, boissons énergisantes, et toute substance psychotrope illicite ou non,
- armes blanches ou à feu, objets tranchants, contondants, coupants.

Durant votre séjour, votre chambre constitue un espace privé et vous est strictement réservée où vos familles ou proches ne peuvent accéder. Des espaces dédiés aux visites sont néanmoins prévus.

Il vous est demandé de participer à toutes les activités thérapeutiques qui font partie de votre projet de soins. La non-participation aux activités peut donner lieu à une rupture du contrat de soins et à une sortie anticipée.

Formalités d'admission

Doivent obligatoirement être joints au moment de la demande d'admission :

- le présent dossier renseigné complètement
- la dernière ordonnance
- le dernier bilan biologique et les examens réalisés récemment (électrocardiogramme, compte rendus de médecins spécialisés – notamment si bilan cardiologique ou neurologique – s'il y a lieu)
- De l'attestation de droits sécurité sociale ainsi que la photocopie recto – verso de votre carte mutuelle
- Note sociale si accompagnement social et/ou note éducative si accompagnement éducatif

Le jour de votre admission

Merci de vous munir de :

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

Commodités :

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

- Un nécessaire de toilette complet, l'hygiène sera un élément important de votre remise en forme,
- Un minimum d'argent liquide (aucun distributeur à proximité de la clinique)
- Pour les activités, un survêtement, des baskets, un sac à dos, une gourde, un maillot de bain et bonnet de bain ainsi qu'un nécessaire d'écriture (feuilles et stylo)

DEMANDE D'ADMISSION INSTITUT D'ADDICTOLOGIE DU LITTORAL

- RENSEIGNEMENT ADMINISTRATIFS -

Vous souhaitez faire une demande d'hospitalisation en : HDJ HC

COORDONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT ADRESSEUR :

.....
.....

Demande formulée par le patient lui-même

COORDONNÉES DU PATIENT

Sexe : F H

Nom :

Prénom : Nom de jeune fille :

Lieu de naissance : Date de naissance : [.....]

Adresse :

Code postal : [.....] Ville :

Téléphone : [.....] Portable : [.....]

Mail :

Date d'entrée souhaitée : [.....]

LIEU DE PROVENANCE

Établissement

Nom :

Service du demandeur :

Tél :

Date de début d'hospitalisation : [.....]

Nom du médecin demandeur de l'admission :

.....

Domicile

Nom du Médecin traitant :

Téléphone : [.....]

COUVERTURE SOCIALE

Nom de l'assuré

N° de Sécurité sociale :

[.....]

Exonération du ticket modérateur : Oui Non

Assurance complémentaire

Nom de la mutuelle :

N° adhérent :

Tutelle : Oui Non ALD : Oui Non

CSS : Oui Non

Aide sociale : totale Partielle N/A

SITUATION MATRIMONIALE

Célibataire

Marié(e)

Pacsé(e)

Concubin(e)

Divorcé(e)

Séparé(e)

Veuf(ve)

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ

Nom :

Nom :

Lien de parenté :

Lien de parenté :

Nom :

Nom :

Lien de parenté :

Lien de parenté :

DEMANDE D'ADMISSION INSTITUT D'ADDICTOLOGIE DU LITTORAL

- RENSEIGNEMENT SOCIAUX -

ÊTES-VOUS CONCERNÉ PAR :

Sauvegarde de justice : Oui Non
Curatelle simple : Oui Non
Curatelle renforcée : Oui Non
Tutelle : Oui Non

Si oui, merci de noter les noms et coordonnées de votre mandataire, curateur ou tuteur :

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

ÊTES-VOUS CONCERNÉ PAR :

Reconnaissance MDPH : Oui Non
Allocation Adulte Handicapé (AAH) : Oui Non
Reconnaissance travailleur handicapé : Oui Non
Orientation en établissement médicosocial : Oui Non

Autres :

Précisez :

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

LOGEMENT :

Domicile fixe : Oui Non
Hébergement temporaire : Oui Non
Sans domicile fixe : Oui Non

Pour les personnes sans domicile fixe, précisez :

Suivi SIAO : Oui Non
Nom du référent SIAO :

.....

SITUATION FAMILIALE

Vit en couple : Oui Non
Enfant à charge : Oui Non
Si oui, combien :
Soutient familiale : Oui Non

SITUATION PROFESSIONNEL

Salarié : Oui Non
Retraité : Oui Non
Sans emploi :

Si sans emploi indemnisation :

Assurance chômage : Oui Non
RSA : Oui Non

DEMANDE D'ADMISSION INSTITUT D'ADDICTOLOGIE DU LITTORAL

- RENSEIGNEMENT MÉDICAUX -

À remplir par le médecin

CONDUITES ADDICTIVES

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Drogues (dont le cannabis) : | <input type="checkbox"/> Jeux : |
| <input type="checkbox"/> Médicaments : | <input type="checkbox"/> Alcool : |
| <input type="checkbox"/> Tabac : | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Troubles alimentaires : | |

ÉTAT ACTUEL DU PATIENT

Aspect général :

Poid : Taille : Tension :

Coeur / poumons :

Système nerveux :

Appareil génito - urinaire :

Appareil digestif :

Appareil locomoteur :

TRAITEMENT EN COURS *(joindre l'ordonnance)*

Dénomination	Posologie	Début	Durée	Commentaires

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

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

Impératif :

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, créatinémies

Allergies médicamenteuses :

Le patient est-il porteur d'une infection nosocomiale : oui non

Le patient est-il porteur du virus VIH : oui non

Le patient a-t-il été transfusé : oui non

COORDONÉES DU MÉDECIN TRAITANT :

Nom Prénom : Tél :

Date : Signature

**Institut d'Addictologie
du Littoral**

89, rue André Trocmé,
62100 Calais
Tel : 03 62 97 00 98
Fax : 03 91 91 87 62
admission.ial@emeis.com

**ENGAGEMENT DE RECOURS
ANNEXES OBLIGATOIRES**

Je soussigné (e), Docteur
représentant l'équipe référente, m'engage à reprendre dans la structure

.....
M. - Mme

- En cas de problème d'adaptation à la Clinique
- En cas d'échec du projet ou de la prise en charge
- En cas de décompensation

Cachet - Signature

Ligne directe :

**AUTORISATION DE SOINS
ANNEXES OBLIGATOIRES**

À remplir uniquement
par le patient

Je soussigné(e), Madame, Monsieur.....

Autoriser Ne pas autoriser

les responsables médicaux de l'unité d'hospitalisation :

1. À prendre en cas d'urgence toutes dispositions pour les soins jugés médicalement indispensables y compris pour faire pratiquer toute interventions chirurgicale avec anesthésie locale ou générale dans un établissement de santé publique ou privé participant à l'exécution du service public hospitalier ou privé conventionné en tant que de besoin et d'opportunité,

Public Privé,

Établissement :

2. À pratiquer ou faire pratiquer les examens paracliniques nécessaires ou utiles à la prise en charge du patient (Bilan biologique, imagerie, ECG...)

Fait à le

SIGNATURES :

Le représentant légal

Le patient