

## Dossier de pré-admission

5 Place de la Halle 31620 Fronton

Tél : 05 34 27 82 44

Fax : 05 61 37 45 71

[direction@la-recouvrance.com](mailto:direction@la-recouvrance.com)

[www.la-recouvrance.com](http://www.la-recouvrance.com)

Cher patient, Chère patiente  
Cher(s) partenaires

Le séjour en SSRA est une étape importante dans le parcours de la personne présentant des conduites addictives.

Il va permettre de vivre une expérience d'abstinence et de prise de distance avec ses comportements addictifs à travers un investissement total dans un programme de soins collectif couplé à un projet personnalisé tout au long du séjour.

Cet étayage a pour objectif un accès ou une amélioration de l'autonomie, de l'état de santé global et de la qualité de vie.

La réhabilitation psychosociale est ainsi au cœur de notre axe de travail.

Il est donc impératif que la personne puisse s'investir pleinement dans son séjour.

C'est pourquoi, il est demandé de réaliser tous les bilans somatiques, les rendez-vous socio-professionnels avant l'admission ou de les décaler à la sortie.

**La demande de prise en charge pour l'hospitalisation à la Clinique La Recouvrance doit être réalisée en amont et l'accord de la mutuelle doit être joint à ce dossier de pré-admission.**

Renseignements nécessaires pour la demande :

- FINESS de l'établissement : 310023007
- DMT : 214

D'autre part, nous portons à votre connaissance qu'**une caution de 30 €** sera demandée lors de votre admission et sera rendu lors de l'état des lieux de sortie si celui-ci est conforme.

Cordialement

P/O L'équipe de la Recouvrance  
DR K. Koubaa

# RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

## RENSEIGNEMENTS GENERAUX

### LE PATIENT

NOM : ..... PRENOM : ..... NOM JF : .....  
Date de naissance : ..... Lieu : ..... nationalité : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : ..... Portable : .....  
Situation familiale :  Célibataire  En couple  Divorcé(e)  Veuf (ve)  Séparé(e)  
Profession : ..... Nombre d'enfant(s) : ..... Nombre d'enfant(s) à charge : .....  
Situation actuelle :  Arrêt maladie  Invalidité  Chômage  Handicap

### SERVICE ADRESSEUR

Etablissement : .....  
Médecin : Dr..... Téléphone : .....  
Cadre infirmier : ..... Téléphone : .....  
Assistante Sociale : ..... Téléphone : .....  
Fax : ..... Mail : .....  
Date de la demande : ..... entrée souhaitée le : ..... Transfert direct : O / N

### MEDECIN TRAITANT

Docteur : ..... Lieu d'exercice : .....  
Téléphone : .....  
Mail : .....

## VOLET ADMINISTRATIF

### COUVERTURE SOCIALE :

Numéro SS : ..... *(Joindre photocopie attestation de droits)*  
Nom du Régime Obligatoire : ..... CMU :  oui  non  
Adresse de la caisse : .....  
ALD :  oui  non Séjour en lien avec ALD :  oui  non  
Mutuelle : ..... CMU complémentaire :  oui  non  
*(Joindre photocopie carte mutuelle)*

Si le patient n'est pas l'assuré(e) :

NOM de l'assuré(e) : ..... Numéro SS : .....

Prise en charge : Forfait journalier :  oui  non Supplément chambre seule :  oui  non  
*(La chambre particulière est octroyée à l'admission selon les disponibilités dans le service)*

### PERSONNE A PREVENIR

Nom: ..... Prénom : .....

Lien : .....

Téléphone : .....

## VOLET SOCIAL

Si Protection juridique :  Sauvegarde  Curatelle  Tutelle  A faire  En cours

Nom du mandataire judiciaire : .....

Tél : .....

Si démarche en cours : préciser.....  
.....  
.....

Permis de conduire :  Valide  Suspension  Annulation  Pas de permis

Préciser durée de suspension ou d'annulation : .....

## LOGEMENT

Propriétaire  Locataire  Hébergé  Foyer  Sans domicile fixe  Autres

Intervenants à domicile : .....

Lors de la sortie de notre établissement (en fin de post-cure ou en cas de sortie anticipée) quel est l'hébergement prévu ?

.....  
.....

## SITUATION FINANCIERE

Ressources :  Aucune  Salaire  Allocation chômage  RSA  Indemnités journalières  
 Invalidité  Retraite  AAH  Autres : .....

N° d'Allocataire : .....

Dettes :  Oui  Non Dossier de surendettement :  Oui  Non  En cours

## SUIVI SOCIAL

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

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

## SITUATION JUSTICE

Problèmes judiciaires actuels:  oui  non  suivi SPIP  obligation de soin

Antécédents (incarcération/obligation de soins/incidence permis de conduire.....) : .....

.....

# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

## PROJET THERAPEUTIQUE PENDANT L'HOSPITALISATION

### MOTIF DE LA DEMANDE

.....

### SITUATION ACTUELLE

- Abstinence depuis le : .....  réduction  consommation active
- Sevrage récent  Sevrage en cours  Sevrage prévu le : .....

Sevrage réalisé:  En ambulatoire : depuis le : .... / .... / .....  Hospitalisation actuelle : du .... / ..... / ..... au .... / ..... / .....

### OBJECTIFS SECONDAIRES concernant le séjour dans notre établissement

Objectifs secondaires	Coche	Commentaires
Post cure de sevrage d'autres produits		
Séjour de rupture		
Réadaptation physique		
Surveillance médicale de comorbidité		
Réinsertion sociale		
Education thérapeutique maladie chronique		
Motivation au suivi psychologique		

### HISTORIQUE DES PRATIQUES ADDICTIVES

PRODUITS	Usage problématique			Ancienneté de la dépendance	Période d'abstinence	Commentaires <i>(Si consommation actuelle : quantité / fréquence/mode de prise...)</i>
	Passé	Actuel	Démarche de changement			
Alcool						
Cannabis						
Tabac						
Opiacé(s)						
Cocaïne + Crack						
Benzodiazépine(s)						
Autres :						
Troubles du comportement alimentaire :						
Addiction sans produit :						

*Cocher la case correspondante.*

## HISTORIQUE DES SOINS

Nombre de sevrages : .....

Nombres de post-sevrages antérieurs : .....

Dates des hospitalisations en addictologie	Durée	Lieux

## DOMMAGES liés à l'addiction

Familiaux	
Sociaux	
Professionnels	
Légaux	
Psychiatriques	
Somatiques	

## AUTRES ANTECEDENTS

Allergiques :

Médicaux :

Chirurgicaux :

Psychiatriques :

Diagnostic psychopathologique : .....

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

Suivi en cours : .....

Etat psychiatrique actuel : .....

L'état du patient est-il compatible avec une prise en charge collective et des ateliers interactifs ? :     oui                       non

## DONNEES ACTUELLES DU PATIENT

### ETAT ACTUEL

Poids : ..... Taille : ..... ou IMC : .....

Somatique : .....

Statut infectieux : ..... Etat cutané : .....

Aptitude physique aux activités sportives :  Oui  Non, motifs : .....

### BILAN D'AUTONOMIE

	Fait	Ne fait pas seul	Avec aide
Hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NON	OUI
Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désorientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Bonne	Altérée	Déficiente
Acuité visuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acuité auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareillage (moteur ou sensoriel) : .....			

### TRAITEMENT

*Les patients doivent impérativement venir avec 24h de traitement en avance*

- -  
- -  
- -  
- -

Ou joindre l'ordonnance actuelle

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

### PROJET DE SORTIE

Projet de continuité des soins en hospitalisation (CTR / autre) ? : .....

Suivi ambulatoire : Quels professionnels /structures assureront le suivi à la sortie ? : .....

.....

Eventuels rendez-vous pris : .....

# PARTIE A REMPLIR PAR LE PATIENT

## RENSEIGNEMENTS SUR MES CONDUITES ADDICTIVES

Quel est l'objectif principal de votre demande de séjour à la Recouvrance ?

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

Précisez quels sont les produits ou les comportements (jeux / addictions aux écrans...) avec lesquels vous êtes les plus en difficulté :

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

Décrivez votre mode de consommation récent pour chaque produit ou conduite dont vous avez un usage, même modéré (quantité, fréquence, contexte, rythme... ?)

Produit/conduite	Description de son usage	Mon objectif

**MES MOTIVATIONS** *(Une lettre de motivations sera appréciée)*

Pourquoi avez-vous décidé d'entamer cette prise en charge / quels problèmes en lien avec vos pratiques addictives vous poussent à changer ?

Où en êtes-vous actuellement et quelles démarches avez-vous déjà engagées concernant vos addictions ? :

Vous vous engagez à vivre une expérience d'abstinence concernant vos pratiques addictives. Quel est votre objectif à plus long terme ( abstinence/ réduction...)?

Avez -vous d'autres attentes particulières ?



## ENGAGEMENT THERAPEUTIQUE DU PATIENT

Durant votre séjour, vous vous engagez à ne consommer aucune substance psychoactive et à être abstinent de toute pratique addictive, (hormis le tabac et les médicaments qui vous sont délivrés à l'infirmierie, prescrits par votre médecin référent), y compris lors de vos permissions, quelle que soit l'addiction pour laquelle vous réalisez ce soin. Vous vous engagez à vous abstenir d'introduire une de ces substances, pour vous-même ou pour autrui.

Vous devrez remettre à l'infirmière tout médicament, produit interdit ou objet dangereux lors de votre arrivée ainsi que lors de vos différentes sorties. Vos affaires personnelles seront vérifiées à votre entrée en votre présence en toute bienveillance et éventuellement durant votre séjour.

Vous vous engagez à respecter le cadre de l'établissement, le règlement intérieur, et à vous investir le mieux possible dans tous les ateliers thérapeutiques.

Afin de pouvoir profiter au mieux des soins dispensés, vous vous engagez à arriver sevré de toute substance psychoactive (hors tabac), en dehors des traitements qui vous sont prescrits.

Le SSR la Recouvrance est une clinique de soins de suite et de réadaptation, soumis à la réglementation en vigueur dans les établissements sanitaires. Les patients doivent être présents dans la structure durant l'ensemble de leur hospitalisation. **Un WE thérapeutique (une seule nuit à l'extérieure)** sur avis médical pourra vous être accordé, par la direction, durant votre hospitalisation (à partir du 3<sup>ème</sup> WE).

Des sorties de journée de WE sont possible à partir du 2ème WE (de 9h-17h)

Le : ..... Nom du patient : .....

Signature

Si le patient a été aidé pour remplir la partie du dossier qui lui incombe l'intervenant doit s'assurer que le patient a bien compris l'engagement thérapeutique :  oui  non

Nom de l'intervenant : .....