

DOSSIER D'ADMISSION

SMR ADDICTOLOGIE

Hospitalisation complète (HC)

Hôpital de jour (HDJ)

Service SMRA – HC

☎ : 01.30.28.33.15

Service SMRA – HDJ

☎ : 01.30.28.33.16

Site les Oliviers - Pavillon JA
Route de Noisy - 95260 Beaumont sur Oise
Fax : 01.30.28.33.19

Secrétariat : 01.39.37.15.20 poste 29.79

Mail : addictologie.beaumont@ght-novo.fr

Cadre : Audrey DERBEZ

Médecins praticiens hospitaliers : Docteur Souad CHEBELAINE

L'activité du Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) du site de Beaumont-sur-Oise de l'Hôpital NOVO comprend des soins médicaux et paramédicaux spécialisés en addictologie.

Son intervention se situe dans le parcours de soins à destination des patients souffrant d'addictions après un sevrage.

La prise en charge pluridisciplinaire donne lieu à un contrat de soins établi entre l'équipe de soins du SMR et le patient.

Cet engagement est librement consenti et peut être rompu.

Durant le séjour, vous vous engagez à respecter le contrat individuel de soins et le règlement intérieur de l'établissement.

De son côté, le SMR d'addictologie met à votre disposition tous les moyens dont il dispose dans un cadre d'éthique professionnelle et de respect de la personne, dans un projet d'aide à l'autonomisation, à la réinsertion et à l'amélioration de la qualité de vie.

Une date d'admission ne peut être donnée qu'après examen du dossier et accord du médecin.

Pour ce faire, vous devez **nécessairement** remplir ce dossier d'admission comportant une partie médicale et administrative. **Tout dossier incomplet fera l'objet d'une demande d'information complémentaire avant décision d'admission.**

Siège social

6 avenue de l'Île-de-France
CS 90079 Pontoise
95303 Cergy-Pontoise Cedex

Aincourt

01 34 79 44 44
Beaumont-sur-Oise
01 39 37 15 20

Magny-en-Vexin

01 34 79 44 44
Marines
01 34 79 44 44

Pontoise

01 30 75 40 40
St-Martin-du-Tertre
01 39 37 15 20

En outre, les éléments suivants sont **nécessaires** pour obtenir l'accord administratif :

- ✓ Le **dossier d'admission** est à retourner au **secrétariat médical de notre unité SMR en Addictologie** dûment complété. Il est impératif de joindre à l'envoi du dossier :
- copie de l'attestation de vos droits à la sécurité sociale à jour
 - copie de la carte de mutuelle recto-verso à jour
 - copie de la pièce d'identité
 - copie de l'ASS
 - lettre de motivation
 - fiche de désignation d'une personne de confiance renseignée
 - si vous êtes actuellement hébergé(e), et seulement dans ce cas, veuillez nous faire parvenir une lettre de la personne qui vous héberge dans laquelle elle s'engage à vous accueillir à la sortie de notre établissement.

Le jour de votre entrée :

Veuillez-vous munir des originaux de votre carte vitale, carte mutuelle et attestation des droits à l'assurance maladie et d'une pièce d'identité.

Un accord de prise en charge mutuelle sera également nécessaire pour votre séjour.

Si vous avez une mutuelle, avant de prononcer votre admission, vous devez nous faire parvenir l'accord de prise en charge de cet organisme. Attention ! Si vous en faites la demande, bien préciser qu'il s'agit d'un service addictologie **code DMT 179**. Nous vous informons que certaines mutuelles ne prennent pas en charge ces séjours, raison pour laquelle nous vous demandons de bien vouloir préalablement vérifier.

En cas de transfert d'un autre établissement de santé, il vous sera demandé un bulletin d'hospitalisation nous précisant les dates d'entrée et de sortie de cet établissement.

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

Pour tous renseignements complémentaires, contactez le secrétariat.

Le secrétariat médical

FICHE D'ADMISSION

Date de demande : / / Date d'évaluation : / / Date d'admission : / /

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Département : Pays :

Nationalité :

ADRESSE :

Code postal :

Ville :

Numéros de téléphone : Adresse électronique :

Personne à prévenir en cas de besoin : Téléphone :

SITUATION MATRIMONIALE et FAMILIALE

Célibataire Séparé Union Libre Pacsé

Marié Divorcé Veuf

Enfants : Non Oui (le nombre :) A charge : Non Oui (précisez combien) :

SITUATION SCOLAIRE et PROFESSIONNELLE

Niveau de fin d'études :

Diplôme professionnel :

En activité :

Emploi actuel :

Depuis le :

Emplois antérieurs occupés :

Sans activité :

Etudiant

Demandeur d'emploi

Inactif – retraité

Invalidé

Siège social

6 avenue de l'Île-de-France
CS 90079 Pontoise
95303 Cergy-Pontoise Cedex

Aincourt

01 34 79 44 44
Beaumont-sur-Oise
01 39 37 15 20

Magny-en-Vexin

01 34 79 44 44
Marines
01 34 79 44 44

Pontoise

01 30 75 40 40
St-Martin-du-Tertre
01 39 37 15 20

RESSOURCES

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salaire | <input type="checkbox"/> AAH |
| <input type="checkbox"/> Revenus d'activité | <input type="checkbox"/> Indemnités journalières |
| <input type="checkbox"/> Allocation de la CAF | <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité |
| <input type="checkbox"/> ASSEDIC | <input type="checkbox"/> Aucun |
| <input type="checkbox"/> RSA / API | |

A la charge d'un tiers (précisez) : Tutelle Curatelle
Nom :

Nom du travailleur social :

Adresse complète :

Téléphone : Email :

COUVERTURE SOCIALE

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Régime général – Sécurité Sociale | <input type="checkbox"/> ASS | |
| <input type="radio"/> Effective | <input type="radio"/> Demande en cours | |
| Numéro de sécurité sociale : | <input type="checkbox"/> ALD | |
| Centre d'affiliation | <input type="checkbox"/> A.M.E | |
| <input type="checkbox"/> Mutuelle (coordonnées) : |
..... | |

LOGEMENT

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Logement personnel | <input type="checkbox"/> Sans domicile |
| <input type="checkbox"/> Hébergé chez des amis / proches | <input type="checkbox"/> En institution (précisez) : |

SITUATION JUSTICE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Injonction thérapeutique | <input type="checkbox"/> Jugement en attente |
| <input type="checkbox"/> Mise à l'épreuve | <input type="checkbox"/> Placement extérieur |
| <input type="checkbox"/> Aménagement de peine
..... | (précisez les dates) : |
| <input type="checkbox"/> Peines en attente, préciser : | <input type="checkbox"/> Obligation de soins |
| <input type="checkbox"/> Contrôle judiciaire | |

Coordonnées du conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation :
.....
.....

REFERENT SOCIAL

Indiquer les coordonnées du service qui soutient la demande

Nom du travailleur social :

Structure :

Adresse complète :

Téléphone : Email :

ORIGINE DE L'ORIENTATION

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin Généraliste | <input type="checkbox"/> Equipe hospitalière |
| <input type="checkbox"/> CSAPA | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |

DOSSIER MEDICAL (CONFIDENTIEL)
A compléter par le médecin

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

CORDONNEES DU MEDECIN adressant le patient :

Nom : Prénoms :

Structure :

Adresse :

Numéro de téléphone : Fax :

Adresse Email :

Si différent, coordonnées du médecin traitant :

Nom : Prénoms :

Structure :

Adresse :

Numéros de téléphone : Fax :

Adresse Email :

1. ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

- Personnels :

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

Siège social

6 avenue de l'Île-de-France
CS 90079 Pontoise
95303 Cergy-Pontoise Cedex

Aincourt

01 34 79 44 44

Beaumont-sur-Oise

01 39 37 15 20

Magny-en-Vexin

01 34 79 44 44

Marines

01 34 79 44 44

Pontoise

01 30 75 40 40

St-Martin-du-Tertre

01 39 37 15 20

- Familiaux

2. ETAT DE SANTE ACTUEL

(Préciser, en particulier, les pathologies en cours nécessitant un suivi pendant l'hospitalisation : ex. diabète, HTA, cirrhose, etc...

3. PRODUITS CONSOMMÉS

* Tabac :

* Alcool :

* Cannabis :

* Opiacés illicites :

* Cocaïne :

* Médicaments psychotropes :

* Autres :

4. AUTONOMIE

L'unité de Soins Médicaux et de Réadaptation en Addictologie accueille des patients qui souhaitent travailler activement à un changement de comportement vis-à-vis de leurs addictions. Il est donc indispensable que leur autonomie soit suffisante et que les problèmes sociaux soient résolus ou en cours de résolution pour leur permettre de s'investir dans le travail.

* se déplace : seul(e) avec aide alité

* Toilette : seul(e) avec aide partielle avec aide partielle

* Incontinence :

- urinaire : oui non

- anale : oui non

* Alimentation : mange seul avec aide partielle avec aide partielle

- régime : oui non

Siège social

6 avenue de l'Île-de-France
CS 90079 Pontoise
95303 Cergy-Pontoise Cedex

Aincourt

01 34 79 44 44

Beaumont-sur-Oise

01 39 37 15 20

Magny-en-Vexin

01 34 79 44 44

Marines

01 34 79 44 44

Pontoise

01 30 75 40 40

St-Martin-du-Tertre

01 39 37 15 20

- Allergies

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

5. REGIME ALIMENTAIRE

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

6. VACCINATIONS

	DTP C	BCG	Hépatite B
Dates des dernières vaccinations			

7. SEROLOGIES

	HIV	HVB	HVC
Dates des derniers tests			
Résultats			
Commentaires			

8. VOLET PSYCHIATRIQUE

- Historique psychiatrique personnel :

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

- **Pathologie psychiatrique (hors addiction) stabilisée avec traitement ?** **Non**

Oui

Si oui, depuis quand ?

- **Suivi psychiatrique en cours ?** **Non** **Oui**

Indiquez ci-dessous les coordonnées du médecin :

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Numéros de téléphone : Fax :

Adresse Email :

9. EVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE

Y a-t'il eu tentative de suicide dans les antécédents récents ou anciens ? Si oui précisez dans quelles circonstances (en 2 ou 3 lignes)

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

Le patient exprime t-il des idées suicidaires en ce moment ? Non Oui

Hospitalisation antérieures éventuelles : leur nombre, leur lieu, leurs modalités (SL, SDT, SDRE)

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

10. TRAITEMENT ACTUEL (avec posologie)

(Merci de nous informer des changements éventuels avant l'admission)

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

Siège social

6 avenue de l'Île-de-France
CS 90079 Pontoise
95303 Cergy-Pontoise Cedex

Aincourt

01 34 79 44 44
Beaumont-sur-Oise
01 39 37 15 20

Magny-en-Vexin

01 34 79 44 44
Marines
01 34 79 44 44

Pontoise

01 30 75 40 40
St-Martin-du-Tertre
01 39 37 15 20

11. TRAITEMENT SUBSTITUTIF EVENTUEL

Produit : Dose : Depuis quand :

12. QUI SUIVRA LE PATIENT A LA SORTIE

* **Psychiatre** : Structure :

* **Psychologue** : CSAPA :

* **Addictologue** : Consultation externe addictologie :

* **Médecin traitant** :

Quels sont les objectifs de soin recherchés par le demandeur ?

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

Date

Signature et cachet du médecin