

CSMRA La Gandillonnerie

Centre de Soins Médicaux et Réadaptation en Addictologie Dossier de pré-admission



VOTRE IDENTITE

Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénom :

Date et lieu de naissance : né(e) le/...../..... à:

Adresse actuelle :

Code postal : Ville :

Votre numéro de téléphone : Fixe Portable.....

Votre adresse Mail :@.....

HOSPITALISATION COMPLETE ☐

HOSPITALISATION DE JOUR ☐

Le demandeur a-t-il déjà fait un séjour à la « GANDILLONNERIE » ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, à quelle date ?.....



CSMRA La Gandillonnerie, 1 La Gandillonnerie, 86350 Payroux



Standard : 05-49-87-01-99 Fax : 05-49-97-07-58



secretariat.accueil@lagandillonnerie.com // accueil.gandillonnerie.86350@na.mssante.fr



WWW.lagandillonnerie.fr ou scanner le QR CODE

**Dossier rempli par le médecin adresseur :**

Nom/Prénom :

Adresse professionnelle :

Téléphone :

Adresse mail :

@

Signature :

TAMPON DU MEDECIN OBLIGATOIRE**Pour les patients en cours d'hospitalisation :**

Date et lieu de prise en charge :

Date de sortie prévue :

1^{ère} partie : Fiche administrative et sociale**VOTRE ENTOURAGE****Situation familiale**

Etes- vous : Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ En couple ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve) ☐

Nombre d'enfants	Age des enfants	Enfants à charge (entourez)		Maintien du lien avec les enfants		Souhait d'accompagnement sur ce sujet pendant les soins	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

Bénéficiez-vous du soutien de votre entourage ? : oui ☐ non ☐

Souhait d'accompagnement sur ce sujet pendant les soins ? : oui ☐ non ☐

Personne à contacter en cas d'urgence

Lien de parenté :

Monsieur ☐ Madame ☐ Nom/Nom de jeune fille/ Prénom :

N° de téléphone fixe :Portable :

Adresse mail / Fax :@.....



Médecin traitant

Nom/ Prénom :

Adresse postale :

Adresse mail :@.....

Adresse messagerie sécurisée :

Téléphone :

Le patient déclare ne pas avoir de médecin traitant ☐

VOTRE SITUATION SOCIALE

Coordonnées du travailleur social référent (Assistant social, Éducateur spécialisé, etc.) si concerné(e)

Organisme :

Nom/ Prénom :

Téléphone(s) :

Email :@.....

Logement

Locataire ☐ Propriétaire ☐ Foyer/hôtel ☐ Procédure d'expulsion en cours ☐

Hébergé chez un proche ☐ Si oui, retour possible après le séjour : oui ☐ non ☐

En institution ☐ Si oui, laquelle :

Sans domicile ☐ Des démarches pour le logement sont-elles en cours ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

Autre ☐ :

Si vous avez coché l'une de ces cases (hébergé, foyer/hôtel, institution, procédure d'expulsion, sans domicile) : merci de joindre une note sociale obligatoirement.



Couverture sociale



Numéro de sécurité sociale :

☐ Mutuelle Nom de l'organisme :

☐ Complémentaire santé solidaire sans participation (ex-CMU)

Date de fin de validité :

☐ Complémentaire santé solidaire avec participation (ex-ACS)

Date de fin de validité :

☐ Aide médicale d'État

Date de fin de validité :

☐ Affection de longue durée (ALD)

Date de fin de validité :

Situation professionnelle

Actuellement, quelle est votre situation face à l'emploi ?

En activité ☐

Salarié ☐ Emploi actuel :Travailleur indépendant ☐ Autre ☐

Sans activité ☐

En arrêt Maladie ☐ depuis leDemandeur d'emploi ☐ Invalidité ou AAH ☐ Retraité ☐

Inactif ☐ Autre ☐ :

Reconversion professionnelle, projet de formation ☐ , si oui démarche en cours ? Oui ☐ Non ☐

Situation financière

Maintien de salaire ☐ Indem. Journ. ☐ Indemnités chômage ☐ Retraite ☐ Sans ressources ☐

RSA ☐ N° Allocataire :

AAH ☐ N° Allocataire :

Pension Invalidité ☐ Catégorie 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Avez-vous des dettes ? oui ☐ non ☐

Si oui, avez-vous un dossier de surendettement en cours ? oui ☐ non ☐



Mesure de protection juridique

Etes-vous sous mesure de ? Tutelle ☐ Curatelle ☐ MASP ☐

Démarches en cours ☐ Pas de mesure de protection juridique ☐

Précisez les coordonnées de votre mandataire :

Organisme :

Nom et Prénom :

Adresse postale :

Téléphone :

Email :@.....

Afin de faciliter votre entrée, merci de bien vouloir contacter, vous ou votre mandataire, le service économat quelques jours avant votre arrivée (TV, Argent de poche, etc.)
Par téléphone (ligne directe) : 05.49.97.07.52 / Par email : service.economat@lagandillonnerie.com
Ouverture du lundi au vendredi de 8h30 à 12h00 et de 13h00 à 16h30

Situation judiciaire

Avez-vous des antécédents judiciaires ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous une obligation de soins ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des jugements ou peines en attentes ? Oui ☐ Non ☐

Lesquels ? :

.....

.....

Etes-vous ou serez-vous en placement extérieur ? Oui ☐ Non ☐

Suivi SPIP en cours Oui ☐ Non ☐

Coordonnées du conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP)

Organisme :

Nom / Prénom :

Téléphone :

Email :



2ème partie : Dossier médical

Document à remplir par le médecin adresseur

HISTOIRE ADDICTOLOGIQUE DU PATIENT

Cocher les cases correspondantes



Produit(s) consommé(s)	Conso.actuelle ?	Conso.ancienne ?	Précision(s) (mode de conso, durée, etc...)
Alcool			
Cannabis			
Héroïne			
Cocaïne			
Médicaments			
Tabac			
Comportementale (alimentaire, jeux, etc...)			
Autre addiction (préciser)			

Soins hospitaliers antérieurs

Type de séjour (sevrage/ cure/post cure)	Lieu	Durée



Suivi addictologique actuel

CSAPA ☐ HDJ ☐ CMP ☐ Médecin généraliste ☐ Médecin psychiatre ☐ Autre ☐

Coordonnées :

Suivi envisagé à la sortie du CSMRA

CSAPA ☐ HDJ ☐ CMP ☐ Méd. généraliste ☐ Méd. psychiatre ☐ Pas de suivi prévu ☐

Projet de vie (ou changement de vie) du patient

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

Le patient doit être sevré depuis 5 jours avant l'entrée au CSMRA

PLAN PSYCHIATRIQUE

Le patient a-t-il déjà été hospitalisé en psychiatrie ? : oui ☐ non ☐

Si oui, indiquez le motif, la durée et la modalité (Hospit. libre, sous contrainte, à la demande d'un tiers....) :

.....
.....

Le patient a-t-il déjà fait des tentatives de suicide ? : oui ☐ non ☐

Si oui, combien, avec quel mode opératoire :

Le patient a-t-il des antécédents de comportement violent ? : oui ☐ non ☐

A ce jour, le patient est-il stabilisé d'un point de vue psychiatrique ? oui ☐ non ☐

A ce jour, le patient a-t-il des idées suicidaires ? : oui ☐ non ☐

PLAN SOMATIQUE

Merci de joindre TOUS les comptes rendus et résultats d'examens / analyses biologiques

DATES DERNIERES VACCINATIONS	STATUT SEROLOGIQUE + DATE DERNIER BILAN
DTPC ☐/...../.....	HIV : Positif ☐ Négatif ☐ Date/...../.....
BCG ☐/...../.....	HVB : Positif ☐ Négatif ☐ Date/...../.....
Hépatite B ☐/...../.....	HVC : Positif ☐ Négatif ☐ Date/...../.....
COVID ☐/...../.....	

**ALLERGIES ET CONTRE-INDICATIONS (y compris médicamenteuse et alimentaire en précisant SVP)****COMPLICATIONS HEPATO-GASTRO****ANTECEDENTS MEDICAUX****ANTECEDENTS CHIRURGICAUX****ANTECEDENTS
GYNECO-OBSTETRIQUES****PROBLEME(S) ACTUEL(S)****COMPLICATION(S) NEUROLOGIQUES(S)****Troubles cognitifs** : oui ☐ non ☐

Précisez :

Evaluation des troubles cognitifs réalisée ? oui ☐ non ☐Si oui : Bilan neuropsychologique ☐ MOCA ☐ BEARNI ☐ Autre ☐
(compte(s) rendu(s) à joindre)En cas de troubles cognitifs, le patient a-t-il conscience de ses troubles ? oui ☐ non (anosognosie) ☐En cas de troubles cognitifs, le patient adhère-t-il au projet de soins ? oui ☐ non ☐Le patient présente-t-il un risque de fugue ? oui ☐ non ☐**Troubles de l'équilibre** : oui ☐ non ☐

Précisez :

Troubles séquellaires : oui ☐ non ☐

Précisez :

Troubles de la compréhension : oui ☐ non ☐



ETAT CLINIQUE ACTUEL :

La démarche du patient est-elle personnelle ? : oui ☐ non ☐

La motivation du patient est : Forte ☐ Moyenne ☐ Faible ☐

Quelle(s) fragilité(s) psychique(s) actuelle présente le patient ? Cochez et précisez SVP

☐	Dépression	
☐	Anxiété	
☐	Relations sociales et familiales	
☐	Eléments psycho-traumatiques identifiés	
☐	Eléments délirants, hallucinations	
☐	Troubles du sommeil	

Niveau d'autonomie du patient ? Renseignez s'il est autonome (oui) ou pas (non) et le niveau d'aide requis

	OUI	NON	Besoin d'aide
Locomotion			
Elimination			
Hygiène personnelle et environnement			
Orientation temps et espace			
Comprendre des consignes simples /retenir des informations			

Le patient nécessite des soins cutanés spécifiques (pansement d'ulcère...) ? oui ☐ non ☐

Si oui, merci de préciser le type de pansement et la localisation :

.....
.....

Le patient nécessite des soins techniques spécifiques (oxygénothérapie, sonde urinaire, gastrostomie) ?

oui ☐ non ☐

Si oui, merci de préciser le type de soin :

.....
.....



Le patient est-il porteur ou utilisateur de matériel spécifique (fauteuil roulant, béquille...) ? oui ☐ non ☐

Si oui, merci de préciser le type de matériel :

.....

.....

Traitement médicamenteux actuel du patient y compris les substitutions :

Joindre impérativement une ordonnance à jour

Suivi médical particulier, RDV programmés

Nous attirons votre attention sur la nécessité de prévoir le transport du patient pour des examens impératif qui devraient avoir lieu pendant le séjour ; le CSMRA La Gandillonnerie ne pourvoira pas au déplacement.

<u>Date</u>	<u>Examen</u>	<u>Lieu</u>	<u>Transport prévu</u>



Nous vous demandons de rédiger vos motivations personnelles aux soins (quels sont les éléments qui à ce jour expliquent votre démarche ?), vos attentes pour le séjour (exemple : suivi psychologique, sevrage médicaments, remise en forme...) et vos priorités (par exemple : renouer des liens sociaux, prendre de la distance par rapport au(x) produit(s).....) Cette lettre de motivation permettra à l'équipe de mieux vous connaître, vous pouvez y noter tout ce qui vous paraît important.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Signature du patient (vaut pour engagement dans les soins et respect du règlement intérieur)



PIECE A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER

- Le **dossier de pré-admission rempli** complètement avec le médecin (traitant ou hospitalier)
- La ou les **dernière(s) ordonnance(s)** avec le traitement en cours
- Le ou les dernier(s) **résultat(s) d'examen(s)** (radio, compte rendu d'hospitalisation...)
- Le **résultat d'un bilan sanguin datant de moins de 15 jours** qui précède votre admission et comportant les analyses suivantes :
 - Les sérologies
 - Bilan hépatique
 - Albuminémie
 - Pour les patients de +65 ans, une clairance de la créatinine
- Une **lettre de motivation** qui aborde votre problématique : quel(s) produit(s) vous consommez, depuis combien de temps, les principales conséquences sur votre vie, ce qui vous motive pour les soins, quels sont les objectifs que vous vous fixez (abstinence totale, gestion...) et quels projets de vie avez-vous ?
- La photocopie lisible de la **carte nationale d'identité ou du passeport ou titre de séjour**
 - **Attention** : l'original de la carte nationale d'identité, du passeport ou du titre de séjour vous sera demandé à l'admission
- La photocopie lisible de l'**attestation CPAM** ou autre
- La photocopie lisible de la **carte vitale**
- La photocopie lisible de l'**attestation de mutuelle** (ou attestation CMU)
 - **Attention** : Vérifier auprès de votre mutuelle la prise en charge **TOTALE** (90 jours) du séjour en précisant le **code DMT 518**; si non, le règlement vous sera demandé
- Le **formulaire « Désignation de la personne de confiance »** rempli et signé par les 2 parties si vous désignez quelqu'un
- Si vous avez rédigé vos directives anticipées, joindre une copie au dossier
- Le **règlement intérieur** pour consultation
- En cas d'hébergement, une attestation sur l'honneur signée de l'hébergeur qui stipule qu'il s'engage à vous recevoir à l'issue du séjour
- Si vous bénéficiez d'un suivi social extérieur que vous souhaitez poursuivre pendant les soins, merci de joindre **une note sociale** rédigée par la personne qui vous accompagne dans vos démarches

NB : L'établissement ne délivre pas de bon de transport retour, merci d'anticiper votre retour.