

## DEMANDE D'ADMISSION À LA CLINIQUE DES ÉPINETTES :

Hospitalisation complète

Hôpital de jour

### DEMANDEUR

Nom :	Prénom :
Fonction :	Établissement :
Tel :	Courriel :
Adresse :	
Date de la demande :	Date admission envisagée :

### PATIENT

Nom de naissance :	Nom d'usage :	
Prénom :	Nationalité :	
Date et lieu de naissance :		
N° Portable :	E-mail :	
Adresse :	CP :	Ville
Situation familiale : Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/>		
Situation actuelle : En activité <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> arrêt de travail <input type="checkbox"/>		
Nombre d'enfant :	Nombre d'enfant à charge :	

#### **Voici les éléments impératifs que doit comporter votre dossier complet :**

- Dossier complété en intégralité
- Volet médical rempli par le médecin appuyant la demande
- Lettre de motivation du patient
- Compte rendu d'hospitalisation et bilan biologique de moins de deux mois
- Copie de votre attestation de prise en charge par la sécurité sociale de moins de 2 mois et attestation mutuelle valide (recto-verso)
- Carte nationale d'identité ou passeport ou carte de séjour

**IMPORTANT :** Aucune admission ne pourra se faire en l'absence d'une pièce d'identité valide

## OBJECTIFS DU SÉJOUR

	Hospitalisation complète	Hôpital de jour
<b>Objectifs prioritaires du séjour</b>		
<b>Prise en charge</b>	De troubles cognitifs : Aucun <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/>	En remédiation cognitive : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

## SITUATION ADDICTOLOGIQUE ACTUELLE

## ALCOOL

CDA (consommation déclarée d'alcool) :		g/j :	
Dépendance	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Dont dépendance physique Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Sevrage	En cours <input type="checkbox"/> ou Prévu <input type="checkbox"/>		Hospitalier <input type="checkbox"/> ou Ambulatoire <input type="checkbox"/>

## RÉSUMÉ DE LA SITUATION ADDICTOLOGIQUE

	Problématique et quantité	Démarche de changement	
		Oui	Non
Tabac		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiacés		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Substitution en cours	Non <input type="checkbox"/> Oui (préciser) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazépines		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (préciser)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## ANTÉCÉDENTS

### ADDICTOLOGIQUES

- Hospitalisations (dates, lieux et indications) joindre les comptes rendus

---

---

---

---

### SOMATIQUES

- Dont antécédents de complications de sevrage: DT, crises comitiales, pathologies cardiovasculaires

---

---

---

---

### PSYCHIATRIQUES

- Hospitalisations (dates, lieux et indications) joindre les comptes rendus

---

---

---

---

### TENTATIVES DE SUICIDE ET/OU CONDUITE À RISQUE

- Circonstances, dates

---

---

## SITUATION CLINIQUE ACTUELLE

### COMPLICATIONS HÉPATO-DIGESTIVES

Non  Oui préciser  :

### COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES

Non  Oui préciser  :

### DIABÈTE

Non  Oui préciser  :



## AUTRES

- Préciser

## STATUT SÉROLOGIQUE VIRAL

- Si connu (HBV, HCV, HIV)

Joindre une copie d'un bilan biologique de moins de deux mois comprenant au minimum:

- NFS, plaquettes, ionogramme sanguin, créatininémie, bilan hépatique (ALAT, ASAT, GGT)
- Tous traitements en cours avec posologie (joindre une copie de la dernière ordonnance)

## ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

	Autonome	Sur stimulation	Avec aides	Précisions
Déplacements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transferts (se lève, s'assoit et se couche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toilettes (se laver, s'habiller)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Élimination (urinaire et fécale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**TROUBLES COGNITIFS** (Uniquement dans le cas de demande de remédiation cognitive)

	Non	Légers	Moyens	Sévères
Troubles de la mémoire immédiate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la mémoire de faits anciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'orientation temporo-spatiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fabulations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles des fonctions exécutives (inhibition, capacités d'adaptations, planification)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## CORRESPONDANTS

Addictologue : \_\_\_\_\_

Psychiatre : \_\_\_\_\_

Psychologue : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## PROJET A LA SORTIE

Retour à domicile

Poursuite parcours addictologique (AT, CTR, CT...)

Projet de vie personnes dépendantes (MAS, FAM, EHPAD...)

Autre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Signature et cachet du médecin





## COUVERTURE SOCIALE (Joindre obligatoirement l'attestation)

N° SECURITE SOCIALE : \_\_\_\_\_ ou N°AME \_\_\_\_\_

Cordonnées de caisse d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

ALD :      Oui                   Non                   En cours

## MUTUELLE (joindre obligatoirement l'attestation recto-verso)

Mutuelle <input type="checkbox"/>	Nom de la mutuelle : _____
CSS <input type="checkbox"/>	N° d'adhérent : _____
Aucune <input type="checkbox"/>	Adresse : _____ Tel : _____

## LOGEMENT

Propriétaire <input type="checkbox"/>	Locataire <input type="checkbox"/>	Foyer <input type="checkbox"/>	Sans domicile <input type="checkbox"/>	Expulsion locative <input type="checkbox"/>
Hébergé (joindre attestation de reprise à la fin du séjour) : _____				

## MESURES DE PROTECTION

Tutelle <input type="checkbox"/>	Curatelle <input type="checkbox"/>	Mandataire familiale <input type="checkbox"/>	Mesure en cours <input type="checkbox"/>
----------------------------------	------------------------------------	---	--

Nom du représentant légal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## SUIVI SOCIAL A L'EXTÉRIEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_



## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION

- **Vous êtes assuré social**

L'établissement est conventionné, la totalité des frais liés à l'hospitalisation est prise en charge par les organismes d'assurance maladie à l'exception :

- Du forfait journalier de 20€ par jour (sauf statuts particuliers : anciens combattants...)
- Du ticket modérateur
- Des suppléments hôteliers (chambres individuelles, repas visiteurs...)

- **Vous disposez d'une mutuelle complémentaire ou de la CSS**

Les frais non remboursés par les organismes d'assurance maladie seront pris en charge par votre régime complémentaire, en fonction de vos droits restants et des garanties de votre contrat. Nous vous conseillons de vous rapprocher de votre mutuelle pour connaître l'étendue de vos droits et de niveau de prise en charge.

- **Vous êtes titulaire d'une attestation ALD 100% (Affection Longue Durée)**

En lien avec la pathologie de votre hospitalisation : L'assurance maladie prend en charge l'intégralité de vos frais d'hospitalisation. Cette prise en charge ne concerne pas les frais annexes (forfait journalier).

- **Vous n'êtes pas assuré social**

Vous devrez régler le montant total du coût de votre hospitalisation.  
Possibilité de demander un devis.

### À REMPLIR POUR UNE DEMANDE D'HOSPITALISATION COMPLÈTE

**Je sollicite,**

Une chambre individuelle

Une chambre double

Lors de l'attribution de votre chambre, une caution de 100 euros (en espèces ou en chèque) vous sera demandée, un état des lieux d'entrée sera effectué. Cette caution vous sera restituée selon l'état des lieux de sortie.

**Je soussigné(e),**

Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ m'engage,

Dans le cas où ma mutuelle ne les prendrait pas en compte, à régler le montant du forfait journalier, et/ou ticket modérateur, et/ou la chambre particulière pour toute la durée de mon séjour à la clinique des Épinettes.

Date : \_\_\_\_\_ Signature :