Clinique des Épinettes

51bis rue des épinettes, 75017 Paris
Tel : 01.84.82.42.42 | Fax : 01.84.82.42.43
contact@cliniquedesepinettes.com
www.cliniquedesepinettes.com

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 utilisé :	
Prénom :	Nationalité :	
Date et lieu de naissance :		
N° Portable :	E-mail :	
Adresse :	CP :	Ville

<u>Voici les éléments impératifs que doit comporter votre dossier complet</u> :

☐ **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 droits à l'Assurance Maladie de moins de 2 mois, faisant apparaître votre complémentaire santé (case « Complémentaire » cochée) ainsi qu'une copie recto-verso de votre carte de mutuelle en cours de validité**
☐ **Carte nationale d'identité ou passeport ou carte de séjour**

Les demandes d'admissions peuvent se faire via :

- E-mails :
  - contact@cliniquedesepinettes.mssante.fr
  - contact@cliniquedesepinettes.com
  - secmed@cliniquedesepinettes.com
- Courrier : 51 bis rue des épinettes 75017 Paris
- Fax : 01.84.82.42.43

Volet médical

1. OBJECTIFS DU SÉJOUR

	Hospitalisation complète	Hôpital de jour
Objectifs prioritaires du séjour		
Prise en charge	De troubles cognitifs : Aucun ☐ Léger ☐ Modéré ☐ Sévère ☐	

2. SITUATION ADDICTOLOGIQUE ACTUELLE

	Problématique et quantité	Démarche de changement	
		Oui	Non
Alcool		☐	☐
Tabac		☐	☐
Cannabis		☐	☐
THC cannabinoïdes de synthèse		☐	☐
Cocaïne		☐	☐
GHB, GBL		☐	☐
Nouveaux produits de synthèse : 3MMC, 4MEC...		☐	☐
Opiacés		☐	☐
Benzodiazépines		☐	☐
Addictions comportementales		☐	☐
Autres (préciser)		☐	☐

Type de sevrage : ☐ ambulatoire ☐ hospitalier

Volet médical

3. ANTÉCÉDENTS

a) ADDICTOLOGIQUES

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

b) SOMATIQUES

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

c) PSYCHIATRIQUES

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

4. SITUATION CLINIQUE ACTUELLE

d) COMPLICATIONS HÉPATO-DIGESTIVES

Non ☐	Oui préciser ☐ :

e) COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES

Non ☐	Oui préciser ☐ :

f) COMPLICATIONS DIABÈTE

Non ☐	Oui préciser ☐ :

g) AUTRES

- Préciser

h) TRAITEMENT ET SOINS EN COURS

- Médicaments, soins de kinésithérapie, soins de pansement etc.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

- **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)**

5. ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

	Autonome	Sur stimulation	Avec aides	Précisions
Déplacements	☐	☐	☐	
Transferts (se lève, s'assoit et se couche)	☐	☐	☐	
Toilettes (se laver, s'habiller)	☐	☐	☐	
Alimentation	☐	☐	☐	
Élimination (urinaire et fécale)	☐	☐	☐	

6. TROUBLES COGNITIFS

	Non	Légers	Moyens	Sévères
Troubles de la mémoire immédiate	☐	☐	☐	☐
Troubles de la mémoire de faits anciens	☐	☐	☐	☐
Troubles de l'orientation temporo-spatiale	☐	☐	☐	☐
Fabulations	☐	☐	☐	☐
Troubles des fonctions exécutives (inhibition, capacités d'adaptations, planification)	☐	☐	☐	☐

Volet médical

7. CORRESPONDANTS

Addictologue : _____

Psychiatre : _____

Psychologue : _____

Médecin traitant : _____

Autres : _____

_____

_____

8. COORDONNÉES DE LA PERSONNE À PRÉVENIR

Nom et prénom : _____

Lien de parenté : _____

Numéro de téléphone : _____

9. 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

Volet administratif et social

10. COUVERTURE SOCIALE (Joindre obligatoirement l'attestation)

N° SECURITE SOCIALE ou AME : _____ ALD : Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

Nom de la caisse d'assurance maladie : _____

11. MUTUELLE (joindre obligatoirement l'attestation recto-verso)

Mutuelle ☐ CSS ☐ Aucune ☐	Nom de la mutuelle : _____ N° d'adhérent : _____ Adresse : _____ Tel : _____

12. SITUATION SOCIALE

Situation familiale	Célibataire ☐	Marié(e) ☐	Divorcé(e) ☐	Séparé(e) ☐	Veuf(ve) ☐	Concubinage ☐
Situation actuelle	En activité ☐	Demandeur d'emploi ☐	RSA ☐	Arrêt de travail ☐		
Ressources financières	Salaire ☐	Retraite ☐	Allocation chômage ☐	RSA ☐	AAH ☐	Sans ressources ☐
Nombre d'enfant :			Nombre d'enfant à charge :			

13. LOGEMENT

Propriétaire ☐	Locataire ☐	Foyer ☐	Sans domicile ☐	Expulsion locative ☐
Hébergé (joindre attestation de reprise à la fin du séjour*) : *Attestation d'hébergement + Justificatif d'identité et de domicile de l'hébergeant				

14. MESURES DE PROTECTION

Tutelle ☐	Curatelle ☐	Sauvegarde de justice ☐	Mesure en cours ☐

Nom du représentant légal : _____

Téléphone : _____

15. SUIVI SOCIAL A L'EXTÉRIEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Courriel : _____ Tél : _____

Modalités de prise en charge

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 23€ 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 300 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 :

Engagement thérapeutique

J'ai été informé(e) par le personnel soignant médical et paramédical que la postcure pour un trouble lié à une substance ou un comportement est une étape importante dans le maintien de l'abstinence, la prévention de la rechute et la réadaptation vers une vie autonome.

Dans ce sens, dès l'arrivée dans cet établissement et pour toute la durée de mon séjour, je m'engage :

- à ne pas apporter avec moi ou introduire de substances psychoactives (alcool, cannabis, cocaïne, opiaces, poppers, CBD…) dans l'établissement
- à ne pas consommer quelconques de ces substances ou de médicaments en dehors de ceux qui me seront prescrits
- à me soumettre à des contrôles inopinés de jour comme de nuit ou à respecter le cadre de vie et le règlement intérieur de l'établissement,
- à ne pas sortir en permission thérapeutique lors du premier week-end d'hospitalisation
- à m'investir et suivre l'ensemble des activités thérapeutiques définies dans le projet de soins
- à manifester de la tolérance pour les autres patients en respectant leurs vulnérabilités par rapport aux substances psychoactives
- à respecter le travail de tout le personnel de l'établissement (médical, paramédical, administratif)

Je prends acte que le non-respect d'un seul de ces points pourrait avoir comme conséquence l'interruption de ma postcure et l'exclusion de l'établissement.

Si vous êtes contrôlé positif à votre arrivée, vous ne serez pas admis en séjour

Nom et prénom

Date

Signature

Check-list pour votre admission

Madame, Monsieur,

Vous faites une demande d'admission à La Clinique des Épinettes pour continuer votre projet de soins lié à un trouble de l'usage d'une substance ou d'un comportement. Votre travail concernant votre dépendance à une substance ou à un comportement est prévu pour une durée de 6 semaines.

Vous trouverez ci-dessous un rappel des éléments à avoir pour faciliter votre admission

IMPERATIF

- Votre carte d'identité ou passeport ou titre de séjour en cours de validité
- Carte vitale + attestation de droits à jour
- Carte de mutuelle en cours de validité (certaines mutuelles n'acceptent pas les chambres seuls. Les certificats médicaux pour une demande de chambre seul ne sont pas à un motif valable pour y accéder)
- Une caution de 300 euros (chèque ou espèce) obligatoire
- Pour tout règlement de votre séjour nous acceptons (chèque, espèces, virement)

MEDICAL

- Bilan sanguin de moins de 3 mois
- Compte-rendu médicaux et ordonnance en cours
- Bulletin de situation
- Coordonnées du médecin traitant/médecin addictologue

POUR VOTRE CONFORT/FACILITER LE QUOTIDIEN

- Trousse de toilette (rasoir, gel douche, dentifrice, shampoing)
- Prévoir serviettes de toilette
- Vêtements (pour les 10 premiers jours)
- Enveloppe A4 (pour envoi du bulletin de situation à la CPAM)

ACTIVITÉS PHYSIQUES

- Jogging-basket et bouteille/gourde d'eau (pour les activités physiques)

DIVERS AUTORISÉS

- Cigarettes ou cigarettes électronique (pour les 10 premiers jours)
- Monnaie pour distributeur de friandises et de boissons

INTERDITS

- Appareils électroménagers (bouilloire, ventilateur…)
- Aliments périssables
- Parfum contenant de l'alcool
- Objets coupants, tranchants
- Boissons : alcoolisées, dîtes « sans alcool » et énergisantes
- Produit à base de CBD

Pour information les traitements personnels seront conservés à l'entrée par l'IDE et rendus à la sortie.

Les objets de valeurs (bijoux, ordinateur portable, argent etc…) sont déconseillés et ils sont sous votre responsabilité