

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION AU SMRa LA BARONNAIS

Soins Médicaux et de Réadaptation en addictologie

DOSSIER A REMPLIR PAR LE MEDECIN

HOSPITALISATION COMPLETE HC ☐ HOSPITALISATION DE JOUR HTP ☐

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Réservé à l'administration / Date de réception du dossier :
Réservé à la commission médicale : date examen dossier le : Avis : ☐ consultation ☐ refus ☐ courrier médecin ☐ autre orientation

DOSSIER MEDICAL

NOM : **Prénom :** date de naissance :

- **Médecin traitant :** N° de tél :

Adresse :

- **Médecin prescripteur** (si différent du médecin traitant)

NOM : Fonction :

Adresse :

Etablissement :

- Nom et coordonnées d'autres professionnels ressources pour le patient (addictologie, psychiatrie...)

NOM : Fonction :

N° de tél :

Adresse :

NOM : Fonction :

N° de tél :

Adresse :

NOM : Fonction :

N° de tél :

Adresse :

Bilan addictologique actuel

		COMMENTAIRES	0	1	2	3	4	S	A
<i>Alcool</i>									
<i>Tabac</i>									
<i>Cannabis</i>									
<i>Toxiques</i>	<i>Opiacés</i>								
	<i>Non opiacés</i>								
<i>Médicaments</i>									
<i>Comportements alimentaires</i>	<i>Précisez</i>								
<i>Sport hyperactivité</i>									
<i>Jeu</i>									
<i>Autres</i>									

0 : Non usage, 1 : usage, 2 : usage à risque, 3 : usage nocif, 4 : dépendance, S : sevrage, A : abstinence

Antécédents

ALLERGIE : Oui : ☐ non : ☐

Lesquelles :

MEDICAUX :

-	-
-	-

CHIRURGICAUX :

-	-
-	-
-	-

PSYCHIATRIQUES :

-	-
-	-
-	-

Antécédents Addictologique

Incidents de sevrage :

SOINS ANTERIEURS (lieux et dates) :

Ambulatoires :	Hospitaliers :
Autres :	



Etat clinique actuel

(Nommer les éléments problématiques)

SOMATIQUE

*Joindre le dernier bilan biologique et ECG si existant
Joindre comptes rendus utiles à la prise en charge*

- ✓ Cardiovasculaire :
- ✓ Pulmonaire :
- ✓ Neurologique :
- ✓ Hepato-gastro-entérologique :
- ✓ Locomoteur :
- ✓ Autres :

PSYCHIATRIQUE

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ✓ Troubles anxieux | oui ☐ | non ☐ |
| ✓ Troubles de l'humeur | oui ☐ | non ☐ |
| ✓ Troubles de la personnalité | oui ☐ | non ☐ |
| Si oui précisez : | | |
| ✓ Troubles du comportement | oui ☐ | non ☐ |
| ✓ Autres troubles | oui ☐ | non ☐ |
| Si oui précisez : | | |



Eléments psychopathologiques (facultatif)

Traitement actuel

Merci de renseigner le traitement actuel ou de joindre la dernière ordonnance

Autonomie

GRILLE AGGIR

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement

B : fait partiellement, non habituellement, non correctement

C : ne fait pas

VARIABLES DISCRIMINANTES – AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE			
1	COHERENCE : converser et/ ou se comporter de façon sensée		
2	ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
3	TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
		Bas	
4	HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
		Moyen	
		Bas	
5	ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
		Manger	
6	ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
		Fécale	
7	TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
8	DEPLACEMENT A L'INTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
9	DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
10	COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme		
VARIABLES ILLUSTRATIVES – AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE			
11	GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
12	CUISSINE : Préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
13	MENAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
14	TRANSPORT : prendre et/ou commander un moyen de transport		
15	ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
16	SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
17	ACTIVITES DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs		

Freins possibles à la vie en collectivité :

oui ☐

non ☐

Si oui précisez :

EVALUATION MEDICALE MOTIVANT LA PRESCRIPTION DU SMRa	
--	--

- **CONTEXTE DE LA DEMANDE SMRa :**
- **HISTOIRE DES TROUBLES (résumé)**
- **POUR QUEL(S) PRODUITS OU/ET COMPORTEMENT(S) LE PATIENT SOUHAITE T-IL ETRE ACCOMPAGNE ?**
- **UN PROJET A-T-IL ETE PREPARE A LA SUITE DU SOIN AU SMRa ? SI OUI LEQUEL ?**
- **ATTENTES VIS-A-VIS DU SOIN AU SMRa**

Date :

Signature et cachet du médecin prescripteur

--	--

FICHE DE RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES PRE-ADMISSION

Dans le cadre de votre admission prochaine dans un des centres de l'Association « Les Apsyades », une analyse de vos différentes ordonnances sera réalisée par un pharmacien de notre établissement avant votre admission, afin d'optimiser votre prise en charge médicamenteuse.

Pour cela, nous vous remercions de bien vouloir répondre au questionnaire suivant :

Informations vous concernant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date prévue d'admission :

Cadre réservé au secrétariat :

Adresse :

Lieu préadmission :

N° sécurité sociale :

Informations concernant vos professionnels de santé

☐ Dans **quelle(s) pharmacie(s)** allez-vous chercher vos médicaments (nom et ville si possible)?

☐ Qui est votre **médecin traitant** (nom et ville si possible) ?

☐ Etes-vous suivi par des **médecins spécialistes (cardiologue, ophtalmologue, psychiatre, pneumologue, gynécologue, ...)**? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, lesquels (nom et ville si possible) ?

☐ Etes-vous suivi par un **infirmier à domicile** ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, qui est-ce (nom et ville si possible) ?

Informations concernant vos traitements

☐ Prenez-vous régulièrement des médicaments ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, lesquels ?

☐ Prenez-vous des traitements sans ordonnance, des compléments alimentaires et/ou des produits à base de plantes ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, lesquels ?

☐ Y a-t-il des traitements qui vous sont prescrits et que vous ne prenez pas ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, lesquels ?

☐ Avez-vous des bas / chaussettes de contention ? ☐ Oui ☐ Non

Autorisez-vous le pharmacien hospitalier à consulter votre Dossier Médical Partagé (dossier informatisé) et votre dossier médical d'admission ? ☐ Oui ☐ Non

Date :

Signature :

Après avoir rempli ce questionnaire, nous vous remercions de bien vouloir l'apporter aux secrétaires du centre.

Informations pour les prescripteurs

LA BARONNAIS établissement de Soins Médicaux et de Réadaptation en addictologie s'adresse à des hommes et des femmes, ayant une problématique addictive.

Plusieurs possibilités de prise en charge sont à leur disposition :

- ***L'hospitalisation à temps complet pour une durée de 3 mois maximum.***
 - le (la) patient(e) s'engage sur le temps du soin dans une expérience de vie sans alcool et sans produits illicites, un travail sera effectué sur l'ensemble des troubles addictifs.
- ***L'hospitalisation à temps partiel au décours du temps plein ou en admission directe (si sevrage effectué, absence de dépendance physique et pertinence de la demande)***
 - le (la) patient(e) peut être accompagné(e) dans le maintien de l'abstinence, un travail sera effectué sur l'ensemble des troubles addictifs.
 - un accompagnement au contrôle des consommations peut aussi être envisagé (sur l'HTP seulement) à la demande du patient et suite à une évaluation médicale de sa pertinence.

Dans le but de faire coïncider au mieux la demande du patient et la proposition thérapeutique de notre établissement, nous souhaitons que les renseignements demandés sur le dossier de demande d'admission, soient fournis de la façon la plus exacte possible. Les informations sont traitées dans le respect de la confidentialité.

Notre mode de prise en charge ne nous permet pas de recevoir les patient(e)s présentant :

- des co-morbidités somatiques et psychiatriques lourdes.
- des altérations des fonctions neurologiques centrales et ou handicap physique ne permettant pas les apprentissages, ou excluant les outils thérapeutiques de groupe.
- L'équipe soignante de l'établissement se réserve la possibilité de discuter avec le prescripteur de la pertinence du soin.

L'établissement n'effectue pas de sevrage physique de produits pouvant entraîner des complications somatiques. L'admission se fait **après un sevrage hospitalier** ou en entrée directe (après sevrage ambulatoire ou maintien d'abstinence).

Il est de plus indispensable, pour une cohérence de continuité du parcours des patient(e)s, que leur projet social soit finalisé et déterminé avant l'admission. En cas de non-adéquation entre le cadre institutionnel et le (la) patient(e), nous vous le (la) réadresserons durant la période d'évaluation des deux premières semaines.

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION AU SMRa LA BARONNAIS

Soins Médicaux et de Réadaptation en addictologie

DOSSIER A REMPLIR PAR LE PATIENT/SERVICE SOCIAL

HOSPITALISATION COMPLETE HC ☐ HOSPITALISATION DE JOUR HTP ☐

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Réservé à l'administration / Date de réception du dossier :

Réservé à la commission médicale :

date examen dossier le :

Avis : ☐ consultation

☐ refus

☐ courrier médecin

☐ autre orientation

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint quelques informations complémentaires pour formuler votre demande dans les meilleures conditions.

Votre demande sera prise en compte dans le cadre d'une concertation médicale. Nous reprenons ensuite contact avec vous ou le médecin prescripteur, pour vous faire part de la décision prise. Si, votre demande est validée par la commission médicale, nous vous proposerons un rendez-vous de consultation de préadmission

A Joindre à votre demande

- ☐ Une photocopie de l'attestation d'assuré social
- ☐ Une attestation d'hébergement, si pas de domicile personnel.
- ☐ Une photocopie de la carte de mutuelle (vérifier que l'addictologie ne soit pas un risque exclu)

Organisme d'assurance maladie :

Intitulé :

Adresse :

N° Sécurité sociale :

Organisme Mutuelle :

Nom :

Adresse :

Couverture autre :

C2S ☐ AME ☐ Date ouverture de droits :

ALD ☐ (Fournir le protocole de soin)



Vérifiez que votre mutuelle complémentaire prend en charge la totalité du séjour, mais quelle que soit votre situation administrative et sociale, votre demande sera prise en compte.

DOSSIER ADMINISTRATIF

Patient

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de J.F. : _____

Sexe : M / F Né(e) le : _____ à : _____

Adresse du domicile actuel : _____

N°tél fixe : _____ N°tél portable : _____

- S'agit-il d'un logement personnel ? oui ☐ non ☐

Si non quel type de logement :

Logement :

Retour au domicile actuel : Oui : ☐ non : ☐

Autre projet de logement à préciser :



Si vous êtes sans domicile, une admission est possible à condition qu'un hébergement ait été anticipé pour votre sortie et que vous puissiez nous fournir pour le temps du soin, une attestation d'hébergement.

Situation de Famille :

Célibataire ☐ Marié ☐ Vit en couple ☐ Séparation ou divorce ☐

Veuf ☐ Autres ☐

Nombre d'enfants ☐ à charge ☐

Quelles sont les relations actuelles avec la famille ? Quel appui le patient peut-il en attendre ?

Situation actuelle

Emploi :	☐	profession exercée :
Chômage :	☐	depuis le :
Invalidité :	☐	depuis le :
Allocation adulte handicapée :	☐	depuis le :
RSA :	☐	perçu depuis le :
Retraité	☐	
Arrêt maladie :	☐	depuis le :

Situation Judiciaire :

Affaire judiciaire en cours : Oui : ☐ non : ☐

Suivi SPIP : Oui : ☐ non : ☐

Situation sociale :

Contact régulier avec

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| - Un service social | Oui : ☐ | non : ☐ |
| - Un service de tutelle ou curatelle | Oui : ☐ | non : ☐ |

Si oui : précisez les coordonnées :

Nous encourageons les professionnels du secteur social à prendre contact avec notre service social (servicesocial.labaronnais@lesapsyades.fr) pour favoriser le suivi des accompagnements déjà engagés.

QUESTIONNAIRE A COMPLETER PAR LE PATIENT

Nom :

Prénom :

Si ce questionnaire ne peut être complété par le patient lui-même, en donner la raison :

Pour quelle(s) raison(s) faites-vous une demande de soin en SMRa ce jour ?

Pour quel (s) produit (s) ou comportement(s) addictif(s) souhaitez-vous être accompagné ?

Pour ce ou ces produits/comportements quels sont vos objectifs à l'issue du soin au SMRa ?
(Abstinence, modération, autre.... Précisez si plusieurs produits/comportements).

-
-
-
-
-

En dehors de l'accompagnement sur les consommations/comportements addictifs, qu'attendez-vous du soin ?

Note d'information

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez une hospitalisation dans notre établissement de Soins Médicaux et de Réadaptation en addictologie LA BARONNAIS

Voici quelques précisions concernant notre fonctionnement :

- ✓ **Le SMRa LA BARONNAIS** accueille 65 hommes et femmes en hospitalisation complète et 13 en hospitalisation de jour.
- ✓ Nous vous proposons une expérience d'arrêt des produits et/ou des comportements, pendant le temps du soin en hospitalisation à temps plein.
- ✓ Dans le cadre de l'hospitalisation à temps partiel (suite à l'hospitalisation à temps plein ou en admission directe), un accompagnement au contrôle des consommations peut être envisagé à votre demande et suite à une évaluation médicale de sa pertinence. NB : un contrat autour du contrôle des consommations ne vous autorise pas le patient à venir sur les temps de soins sous l'emprise de produits.
- ✓ Le sevrage physique de produits (en dehors du tabac) sera réalisé avant votre admission.
- ✓ Nous vous demandons aussi d'utiliser les médicaments uniquement en fonction des prescriptions médicales qui vous seront faites.
- ✓ Une bandelette urinaire de dépistage de cannabis sera réalisée systématiquement à l'admission.
- ✓ Une chambre individuelle est mise à votre disposition pour l'hospitalisation complète.
- ✓ Nous attirons votre attention sur le fait que le montant du RSA « socle » peut être diminué de 50% après 60 jours d'hospitalisation.
- ✓ L'usage du tabac est interdit à l'intérieur des locaux de l'établissement.
- ✓ Un livret d'accueil vous sera remis à votre arrivée. L'équipe soignante de la structure de soin qui vous a adressé à nous est aussi informée de notre fonctionnement et peut répondre à vos questions éventuelles.

Eléments du règlement intérieur

- Tout acte de **violence** physique ou verbale dans l'établissement,
- Toute **introduction ou port d'objets dangereux** (armes, couteaux, piquants/tranchants ...),
- Toute **introduction ou consommation** dans l'établissement :
 - de **boissons alcoolisées**, y compris les **bières dites «sans alcool»**,
 - de **drogues illégales**, de **produits ou médicaments détournés de leur usage habituel**,

✚ *aura un impact sur le contrat de soin pouvant aller jusqu'à un arrêt du contrat et ce quelque soit le type de contrat.*

Utiliser son véhicule personnel impose bien évidemment d'être titulaire d'un permis de conduire valide.

Les sorties pour les personnes en hospitalisation complète

Dès la 1 ^{ème} semaine Du lundi au vendredi	Le 1er Week-end Le samedi et le dimanche	Le 2 ^{ème} Week-end Le samedi et le dimanche	A partir du 3 ^{ème} Week-end
Pas de sortie possible	Sorties possibles De 12h15 à 18h00	Sorties possibles De 7h30 à 18h00	Sorties possibles Du samedi matin dès 7h30 au dimanche soir, jusqu'à 18h00, ou à la journée ou à la demi-journée

Sur décision médicale, les sorties pourront être limitées ou différées.

Les sorties, en journée, pour les personnes en hôpital de jour, sont **possibles** de 12h10 à 14h00 et ceci dès le premier jour de l'hospitalisation. L'accueil des patients en hospitalisation de jour se fait de 9h15 à 17h30.

En hospitalisation de jour, des lieux de repos sont à la disposition des patients.

Les visites

- ♦ **Les visites sont autorisées**, dès le premier jour, selon les horaires établis dans le livret d'accueil,

Les admissions ont lieu **tous les lundis**. Notre secrétariat prend contact avec vous directement pour en organiser les modalités pratiques.

Voici le processus de soins :

Les **2 premières semaines** correspondent à un temps d'évaluation par l'équipe de soins pluridisciplinaire :

L'évaluation en fin de deuxième semaine permet d'organiser la suite de la prise en charge : un contrat de soins sera ou non proposé à l'issue de cette période.

Les différents outils de soins s'articulent et peuvent être proposés de façon séquentielle, dans la logique d'un soin personnalisé, en fonction de l'évolution du patient, ne pouvant excéder plus de 3 mois en hospitalisation complète.

Note concernant l'accompagnement du patient avec son entourage

La problématique d'addiction a pris sa place dans votre relation de couple, dans vos relations familiales, dans vos relations à vos proches.

Vous souhaitez échanger sur ce que vous vivez, sur ce qui peut changer pour vous et/ou ce que vous souhaitez voir évoluer ensemble.

A la Baronnais, nous vous proposons :

- Des consultations de couple et/ou des consultations familiales où vous pourrez :
 - Associer votre conjoint, ou votre famille, à votre démarche de soin.
 - Faire le point sur les conséquences du soin sur vos relations.
 - Evoquer toutes les questions que vous avez envie d'aborder ensemble.
- Un groupe d'information et d'échanges où vous pourrez :
 - Vous informer sur les pathologies addictives.
 - Partager avec d'autres vos questions, vos réflexions.

Dès l'admission, et tout au long du parcours de soin au SMRa La Baronnais, vous pouvez solliciter l'équipe thérapeutique pour plus d'informations à ce sujet.

PLAN D'ACCES



Pour rejoindre

le SMRa de La Baronnais, 6 rue de la Neustrie , 44340 BOUGUENAI

Tel : 02.40.26.94.00

♦ Véhicule personnel

Périphérique sud, sortie porte 51

Direction « Aéroport Nantes Atlantique »

Suivre la direction « La Baronnais », quartier La Neustrie

♦ SNCF

Gare de Nantes, accès ou sortie Nord,

Puis tramway

♦ TRAMWAY

Ligne 1 ⇒ Station Gare SNCF Nord jusqu'à station commerce

Ligne 3 ⇒ Prendre le tramway à la Station commerce direction Neustrie jusqu'au terminus « Neustrie »,



Ce que vous devez apporter :

- Du linge de toilette (serviette et gants)
- Un nécessaire de toilette (savon, brosse à dents, shampooing, etc...)
- Un oreiller (si besoin) + 2 taies
- De la lessive
- Un plaid ou une petite couverture pour les activités de relaxation (ou confort personnel)

Ce qui peut être utile :

- Un pyjama
- Des sous-vêtements
- Une tenue pour vos sorties
- Un réveil
- Des boules Quies
- Des bottes ou chaussures adaptées pour l'atelier jardin
- Des timbres, enveloppes, papier
- Un verre + (bouteille d'eau)
- Une tenue de sport (survêtement, t-shirt, short, basket, etc...)
- Une télévision ainsi qu'une antenne

Ce qui est nécessaire pour 3 semaines sans sortie :

- Votre ordonnance de sortie,



Ne pas apporter de traitement dans l'établissement

- Deux cautions, 20€ liée à la caution de clé de chambre et 10€ pour le pilulier (chèque ou espèces)
- Carte vitale, carte de mutuelle ou attestation de droits, carte d'identité
- Protocole de soins (si 100%), **si affection longue durée (ALD)**

Ce qui n'est pas autorisé dans l'établissement :

- Des parfums, eaux de toilette et autres produits alcoolisés, boissons énergisantes et bières sans alcool
- Tout objet à risque (couteau, tournevis, marteau, cutter,...)

Attention, vous ne possédez pas de télévision dans votre chambre.

Des salons communs seront à votre disposition.

Toutefois, vous pouvez apporter une TV et une antenne portative.

Ou un ordinateur en utilisant la connexion WIFI.

Un code WIFI vous sera donné si vous en faites la demande auprès du secrétariat.

