

45 BOULEVARD JEAN SAUVAGE CS 60028 49055 ANGERS  
Tél. : 02 52 09 22 04  
sec-adm.chi@ugecam.assurance-maladie.fr  
N° SIRET : 42 869 200 800 181

Madame, Monsieur,

Vous avez décidé de faire une demande d'admission dans notre établissement et nous vous en remercions.

Le centre « Les Euménides » propose une étape dans le parcours de soin à toute personne ayant une addiction aux substances psychoactives (alcool, drogues, médicaments).

Une équipe pluridisciplinaire vous accompagne durant ce séjour pour un projet de soins personnalisé, dans le cadre d'une prise en charge globale (individuelle et de groupe).

Pour constituer ce dossier, nous vous remercions de remplir et de nous retourner les documents suivants :

- Lettre de préparation au séjour,
- Fiche de renseignements socioprofessionnels,
- Les règles de fonctionnement signées
- Copies de l'attestation de la carte vitale et de mutuelle : **Merci de vérifier avant votre entrée que votre couverture santé est à jour (CMU/mutuelle) afin de vous assurer que votre hospitalisation sera prise en charge, auquel cas vous serez redevable de frais d'hospitalisation.**

Veuillez-vous assurer que votre médecin nous adresse les renseignements concernant votre état de santé grâce à la fiche de demande médicale d'admission.

L'étude de votre dossier sera complétée par un entretien téléphonique, et éventuellement une visite du centre, afin de nous assurer de l'adéquation entre vos attentes et nos prestations de soins.

Merci de nous indiquer, sur la lettre de préparation au séjour, votre adresse et vos coordonnées téléphoniques pour vous joindre.

Vous trouverez en pièces jointes le livret d'accueil et les règles de fonctionnement à lire attentivement.

La décision de vous accueillir ainsi que la date d'admission vous seront communiquées le plus rapidement possible. Lors de votre admission au centre, il est souhaitable que vous ne soyez ni alcoolisé, ni sous l'emprise de drogues. La dépendance physique est une contre-indication à l'admission, vous devez être sevré.

Possibilité de joindre le bureau des admissions au **02.52.09.22.04**

L'équipe soignante



45 BOULEVARD JEAN SAUVAGE CS 60028 49055 ANGERS  
Tél. : 02 52 09 22 04  
sec-adm.chi@ugecam.assurance-maladie.fr  
N° SIRET : 42 869 200 800 181

**Pour votre séjour, vous aurez besoin de :**

- Une tenue de sport appropriée
- Des chaussures de sport, de marche
- Nécessaire obligatoire pour balnéothérapie : maillot de bain, drap de bain, bonnet de bain, claquettes
- Un petit cadenas
- Un cahier
- Un porte-documents
- Un nécessaire de toilette (serviettes de toilette, produits d'hygiène)
- Vêtement de pluie

Pour toutes activités s'effectuant sur un tapis, vous devrez vous munir d'un grand drap de bain. (balnéothérapie, psychomotricité, relaxation...)

Merci d'apporter votre carnet de santé et carnet de vaccinations.

Prévoir un mode de paiement si vous souhaitez louer la télévision (selon le contrat avec votre mutuelle, ces frais peuvent être pris en charge).

Penser également à apporter de la monnaie pour les distributeurs de boisson.

L'équipe soignante



45 BOULEVARD JEAN SAUVAGE CS 60028 49055 ANGERS  
Tél. : 02 52 09 22 04  
sec-adm.chi@ugecam.assurance-maladie.fr  
N° SIRET : 42 869 200 800 181

## FICHE DE DEMANDE MÉDICALE

HOSPITALISATION COMPLETE- LES EUMÉNIDES  
SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION EN ADDICTOLOGIE

ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR :

DATE DE LA DEMANDE :

DATE D'ENTRÉE SOUHAITÉE :

### PATIENT

Nom & prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Date de naissance

### SITUATION MÉDICALE

Histoire clinique résumée, diagnostic et autres renseignements utiles pour la prise en charge :

Substances et/ ou comportements :

Ancienneté de l'addiction :

Éléments de sévérité (médicaux, sociaux, professionnels) :

Patient demandeur de soins spécifiques :

Sevrage déjà tenté :

Autres informations :



45 BOULEVARD JEAN SAUVAGE CS 60028 49055 ANGERS  
Tél. : 02 52 09 22 04  
sec-adm.chi@ugecam.assurance-maladie.fr  
N° SIRET : 42 869 200 800 181

## FICHE DE DEMANDE MÉDICALE

**suite**

HOSPITALISATION COMPLETE- LES EUMÉNIDES  
SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION EN ADDICTOLOGIE

Patient stabilisé :

Antécédents, médicaux, chirurgicaux :

Comorbidités actives :

Le patient est-il connu par une équipe pluridisciplinaire ? :

### TRAITEMENT

Traitement prévisible à poursuivre :

Traitement	Posologie	Observation

**Demande effectuée par (Nom et fonction),**

**Date**

**Signature :**



45 BOULEVARD JEAN SAUVAGE CS 60028 49055 ANGERS  
Tél. : 02 52 09 22 04  
sec-adm.chi@ugecam.assurance-maladie.fr  
N° SIRET : 42 869 200 800 181

**LETTRE DE PRÉPARATION  
AU SÉJOUR EN SSRA**

Afin de mieux vous connaître, nous vous demandons de nous adresser cette lettre.

**NOM**  **PRÉNOM**

**Date de naissance**

Précisez ce qui vous semble important, en lien avec votre dépendance, dans votre parcours de vie (âge première consommation, effets recherchés, début de la dépendance, évènements...) et dans votre parcours de soin (postcure, suivi en addictologie...)

**Vos consommations :**

	actuelles	antérieures
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiacé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphétamines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



45 BOULEVARD JEAN SAUVAGE CS 60028 49055 ANGERS  
Tél. : 02 52 09 22 04  
sec-adm.chi@ugecam.assurance-maladie.fr  
N° SIRET : 42 869 200 800 181

## **LETTRE DE PRÉPARATION AU SÉJOUR EN SSRA (SUITE)**

2. Avez-vous des personnes sur lesquelles vous pensez pouvoir compter ?

Que souhaiteriez-vous évoquer de celles-ci ?

3. En quoi ce séjour est-il important aujourd'hui ?

4. Qu'est-ce que vous souhaiteriez de différent dans l'avenir ?

5. Avez-vous actuellement des centres d'intérêt (Loisirs, sport, cinéma, lecture, etc.) ?

OUI  NON

Si oui, lesquels ?

Si non, en avez-vous eu par le passé ?

6. Quelle est la durée du séjour que vous estimez nécessaire ?



45 BOULEVARD JEAN SAUVAGE CS 60028 49055 ANGERS  
Tél. : 02 52 09 22 04  
sec-adm.chi@ugecam.assurance-maladie.fr  
N° SIRET : 42 869 200 800 181

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
SOCIOPROFESSIONNELS**

Nom :  Prénom :

Date de naissance :  Tél. :

Adresse :

N° sécurité sociale :

Nom du médecin traitant :

Existe-t-il un suivi social et/ou éducatif ?

OUI  NON

Si oui, nom, fonction et coordonnées de la personne qui assure ce suivi :

**Êtes-vous sous :**

Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Demande en cours  Non

Nom du tuteur ou curateur  Coordonnées

**MODE DE VIE – SITUATION FAMILIALE**

Célibataire  En couple  Veuf(ve)

Nombre d'enfants  Age des enfants

Nombre d'enfants à charge  Vivant avec vous  Autre situation

Relations familiales :

Coopérantes avec qui   
 Absentes avec qui   
 Conflictuelles avec qui

Notre programme thérapeutique s'appuie sur vos ressources ainsi que celle de votre famille, vos amis et vos proches. Merci de nous indiquer, si vous le souhaitez, des personnes qui peuvent vous accompagner dans votre démarche :

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Lien de parenté	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Lien de parenté	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Lien de parenté	<input type="text"/>

Avez-vous des contacts avec un mouvement d'entraide ?

OUI actuellement  OUI dans le passé  NON

Si oui, lequel ?

**SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE**

Niveau d'études collège/lycée  CAP/BEP  baccalauréat  bac + 2  plus de bac +2

Profession



45 BOULEVARD JEAN SAUVAGE CS 60028 49055 ANGERS  
Tél. : 02 52 09 22 04  
sec-adm.chi@ugecam.assurance-maladie.fr  
N° SIRET : 42 869 200 800 181

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS SOCIOPROFESSIONNELS

suite

### Vous avez une activité professionnelle :

Emploi occupé

En arrêt de travail :  Date de début de l'arrêt

### Vous n'avez pas d'activité professionnelle :

En recherche d'emploi       retraité       RSA

Allocation adulte handicapé       Invalidité

Ressources provenant d'un tiers

Autre, à préciser

Avez-vous un dossier déposé à la banque de France (surendettement) ?

### SITUATION JUDICIAIRE

Êtes-vous soumis à des contraintes particulières au niveau de la justice ?  OUI  NON

Si oui, de quelle nature :

Obligation de soins       Injonction de soins

Attente d'un jugement       Attente de mesures d'incarcération

Nom de votre référent SPIP s'il y a lieu :

### LOGEMENT

Propriétaire       Locataire       Sans domicile fixe

Dans la famille       Chez des amis

En structure collective

Laquelle

Autre

Si vous êtes sans domicile fixe, quelles démarches avez-vous engagées pour un logement et/ou un hébergement à la sortie du centre ?

Une personne vous accompagne-t-elle dans ces démarches ?  OUI  NON

Si oui, Nom, Fonction et coordonnées de la personne qui assure ce suivi :





45 BOULEVARD JEAN SAUVAGE CS 60028 49055 ANGERS  
Tél. : 02 52 09 22 04  
sec-adm.chi@ugecam.assurance-maladie.fr  
N° SIRET : 42 869 200 800 181

## RÈGLES DE FONCTIONNEMENT

### Suite

Par mesure d'hygiène, il est interdit de conserver des denrées périssables dans votre chambre. Les animaux ne sont pas acceptés dans l'établissement.

Pour vivre dans un environnement agréable, vous veillerez à ce que votre chambre reste propre et à ce que votre lit soit fait chaque jour. Pour ce faire, un chariot de ménage est mis à votre disposition dans un local qui lui est destiné et qui vous sera indiqué dès votre arrivée.

De même, il vous sera demandé de porter une attention particulière au rangement et à la propreté des salles d'activité et de la salle de vie.

### *Planification du temps*

---

Les Autorisations de sorties :

Après 8 jours de présence, vous pouvez, si vous souhaitez demander l'autorisation, sortir de l'établissement :

- le mercredi de 13h30 à 17h30
- le samedi **ou** le dimanche de 9h00 à 17h30

Après 14 jours de présence :

- le mercredi de 13h30 à 17h30
- du samedi 9h00 au dimanche 17h30.

La demande est soumise à un accord médical et formulée par vos soins 48 heures à l'avance.

À votre départ et lors de votre retour, vous devez vous présenter à l'infirmier.

En cas de retard, nous vous demandons de prévenir l'équipe au numéro suivant : 02 52 09 22 04

### *L'entourage*

---

Vos familles, vos amis et votre entourage peuvent vous rendre visite avec votre accord, en respectant les temps de repas.

Les visites s'organisent ainsi : sur temps libre de 17h00 à 20h00 en semaine et les week-ends de 11h00 à 20h00.

Des rencontres entourages peuvent être organisées au cours du séjour.

### *Les substances psycho actives*

---

Sont interdites dans l'établissement :

- l'introduction et/ou la consommation de toute boisson alcoolisée (alcool alimentaire ou non alimentaire)
- l'introduction et/ou la consommation de tout produit illicite (y compris le cannabis)
- l'introduction et/ou la consommation de médicaments hors prescription médicale.

À tout moment de votre séjour, l'équipe du centre peut réaliser un inventaire de vos effets personnels en votre présence.

En référence à la loi du 15/11/2010, il est interdit de fumer dans les lieux à usage collectif (chambre comprise).



45 BOULEVARD JEAN SAUVAGE CS 60028 49055 ANGERS  
Tél. : 02 52 09 22 04  
sec-adm.chi@ugecam.assurance-maladie.fr  
N° SIRET : 42 869 200 800 181

## **RÈGLES DE FONCTIONNEMENT**

### **Suite**

**Nous pouvons être amenés à vous solliciter pour souffler dans l'éthylomètre et/ou prélèvements biologiques à tout moment de votre séjour. Un refus de votre part est considéré comme un non-respect des règles de fonctionnement. Toute substance psychoactive retrouvée dans l'enceinte de l'établissement sera détruite.**

**La transgression de ce règlement et/ou de ces interdits entraînera une décision de l'équipe soignante quant à la prise en charge de vos soins et vous expose à une contractualisation voire une rupture de soins.**

**Direction et Président de la Commission Médicale d'Établissement**



45 BOULEVARD JEAN SAUVAGE CS 60028 49055 ANGERS  
Tél. : 02 52 09 22 04  
sec-adm.chi@ugecam.assurance-maladie.fr  
N° SIRET : 42 869 200 800 181

## ENGAGEMENT

Je soussigné(e) :

déclare avoir lu et compris les règles de fonctionnement du centre de réadaptation les Euménides et accepte de m'y conformer pour la durée du séjour.

J'ai bien compris que la transgression de ce règlement m'expose à une contractualisation voir une rupture de soins.

Le

**Signature :**