LES EUMÉNIDES
Centre de Réadaptation

GROUPE BRETAGNE PAYS DE LA LOIRE UGECAM
Soigner, rééduquer, réinsérer : la santé sans préjugés

45 Boulevard Jean Sauvage CS 60028 49055 ANGERS cedex 02
☎ : 02 52 09 22 04
FINESS : 490000643

DOSSIER D'ADMISSION SMR ADDICTOLOGIQUE
HOSPITALISATION COMPLETE
UNITE EOLE

TROUBLES COGNITIFS LIES A L'USAGE DE L'ALCOOL (TCLA)

FICHE MEDICALE

A joindre impérativement :

- 1 bilan biologique
- 1 bilan neuropsychologique (si réalisé)
- Le CR de l'IRM cérébrale (à demander si non réalisée)
- L'observation de l'équipe de liaison en addictologie (si réalisée)
- 1 ordonnance à jour

a) INDICATION DE SÉJOUR EN SMR ADDICTOLOGIQUE A ORIENTATION COGNITIVE (troubles cognitifs liés aux addictions)

➢ IDENTITE DU PATIENT

Nom :..... Prénom : .....
Date de naissance : .....
Adresse :.....
.....
Code postal : .....
Ville : .....
Téléphone : .....

➢ MEDECIN TRAITANT

Nom :..... Prénom : .....
Adresse :.....
Code postal : .....
Ville : .....
Téléphone : .....

➢ ETABLISSEMENT ADRESSEUR

Nom : .....
Médecin référent : .....
Adresse : .....
.....
Tél :..... Mail : .....

LES EUMÉNIDES
Centre de Réadaptation

GROUPE BRETAGNE PAYS DE LA LOIRE UGECAM
Soigner, rééduquer, réinsérer : la santé sans préjugés

45 Boulevard Jean Sauvage CS 60028 49055 ANGERS cedex 02
☎ : 02 52 09 22 04
FINESS : 490000643

- **PERSONNE DE CONFIANCE**

Nom : .....Prénom : .....
Lien : .....
N° de tél : .....

- **Motif de l'hospitalisation actuelle**

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

Le patient et/ou son entourage est/sont-ils informés de la demande d'hospitalisation et en accord avec celle-ci ?
□ Oui □ Non
Commentaires .....

45 Boulevard Jean Sauvage CS 60028 49055 ANGERS cedex 02
☎ : 02 52 09 22 04
FINESS : 490000643

b) HISTOIRE DE LA CONDUITE ADDICTIVE

- **Conditions de début** :

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

- **Durée–mode :** .....

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

- **Produits psychoactifs consommés :** .....

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

- **Autres addictions (addictions comportementales) :** .....

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

- **Dépendance** : .....

.....
.....

- **Sevrages simples ou soins résidentiels complexes antérieurs (dates et lieux) :** .....

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

- **Séjours en SSR en addictologie antérieurs (dates et lieux) :**

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

c) ANTECEDENTS MEDICAUX

45 Boulevard Jean Sauvage CS 60028 49055 ANGERS cedex 02
☎ : 02 52 09 22 04
FINESS : 490000643

- **Médicaux :**

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

- **Allergies connues, contre-indications médicamenteuses** :

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

- **Chirurgicaux** :

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

- **Gynéco-obstétrique (le cas échéant) :**

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

- **Médico-légaux :**

.....
.....

- **Psychiatriques :**

.....
.....

d) TROUBLES NEURO COGNITIFS

- **Tests de dépistage**

- MOCA □ Oui □ Non Si oui, score :
- BEARNI □ Oui □ Non Si oui, score :
- Bilan neuropsychologique : □ Oui □ Non Si oui, réalisé le …./…./… par ……
- Symptômes :

Désorientation spatiale	□ Oui	□ Non	Troubles de l'attention	□ Oui	□ Non
Désorientation temporelle	□ Oui	□ Non	Troubles du comportement	□ Oui	□ Non
Troubles de la mémoire	□ Oui	□ Non	Déficience intellectuelle	□ Oui	□ Non

45 Boulevard Jean Sauvage CS 60028 49055 ANGERS cedex 02
☎ : 02 52 09 22 04
FINESS : 490000643

e) EXAMEN + BILAN CLINIQUE ACTUEL

- **Taille** :.....
- **Poids** :.....
- **Examen clinique actuel** : .....

.....
.....

- **Le patient est-il appareillé** ? (ex : apnée du sommeil) :

.....
.....

- **Modalités du sevrage actuel et incidents éventuels (si sevrage en cours, prière de nous adresser un compte - rendu détaillé pour son admission) :**

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

- **Bilan biologique complet (Gamma GT, VGM., …), sérologique (hépatites B et C, VIH, …) et antécédents (BMR,) : joindre les derniers bilans, et le dossier transfusionnel le cas échéant**

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

- **Vaccination antitétanique, date de la dernière vaccination :** .....

.....
.....

- **Examen neurologique (épilepsie, autres manifestations encéphalopathiques ou périphériques) :**

.....
.....

- **Etat psychopathologique et comportemental actuel :**

.....
.....

- **Risque suicidaire :**

.....
.....

45 Boulevard Jean Sauvage CS 60028 49055 ANGERS cedex 02
☎ : 02 52 09 22 04
FINESS : 490000643

- **Fonctions locomotrices (autonomie)** :

	Indépendance	Supervision	Aide partielle	Aide totale
Habillage	☐	☐	☐	☐
Toilette	☐	☐	☐	☐
Déplacement et locomotion	☐	☐	☐	☐
Alimentation	☐	☐	☐	☐
Elimination-continence	☐	☐	☐	☐
Cohérence	☐	☐	☐	☐
Orientation	☐	☐	☐	☐
Communication	☐	☐	☐	☐

- **Traitement en cours *(prière de remettre au patient une ordonnance récente attestant de son traitement habituel, pour son admission)* :**

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

- **Traitement de substitution :**

  - Nom du traitement :
  - Posologie :
  - Médecin prescripteur (nom, adresse et n° téléphone) :
  - Pharmacie (nom, adresse et téléphone) :

- **Contre-indications aux activités sportives** : .....
.....
.....

- **Régime alimentaire** : .....
.....
.....

- **Alimentation (moulinée, mixée, …)** : .....
.....
.....

45 Boulevard Jean Sauvage CS 60028 49055 ANGERS cedex 02
☎ : 02 52 09 22 04
FINESS : 490000643

f) RELATIONS FAMILIALES

Coopérantes □ avec qui……
Absentes □ avec qui……
Conflictuelles □ avec qui……

- **Rencontre entourage**

Un entretien familial peut être proposé pendant le séjour du patient. Pour ce faire merci de bien vouloir nous transmettre les disponibilités du ou des proche(s) susceptible(s) d'être rencontré(s) :

Lundi ☐ heure ……..Mardi ☐ heure….. Mercredi ☐ heure ….. Jeudi ☐ heure …….
Vendredi ☐ heure…

Nom : ……Prénom : ……
N° de tél : ……

LES EUMÉNIDES
Centre de Réadaptation

GROUPE BRETAGNE PAYS DE LA LOIRE UGECAM
Soigner, rééduquer, réinsérer : la santé sans préjugés

45 Boulevard Jean Sauvage CS 60028 49055 ANGERS cedex 02
☎ : 02 52 09 22 04
FINESS : 490000643

FICHE SOCIALE

Nom :..... Prénom : .....
Date de naissance : .....
Téléphone : .....

➢ HEBERGEMENT/ LOGEMENT

□ propriétaire □ locataire □ structure de lieu de vie □ chez un tiers □ sans domicile fixe
Domicile, environnement, configuration du logement (à étage, plain-pied, ascenseur…)
.....
.....
.....
.....
Adresse du logement :
.....
.....
Adresse de domiciliation si la personne est dépourvue d'hébergement ou de logement :
.....
.....

En cas d'absence de logement, merci de nous fournir obligatoirement une attestation sur l'honneur de la personne qui hébergera le patient à la sortie d'hospitalisation.

➢ MESURES DE PROTECTION JURIDIQUES

- ☐ Sauvegarde de justice
- ☐ Mesure d'habilitation familiale
- ☐ Curatelle simple ou renforcée
- ☐ Tutelle
- ☐ En cours

Coordonnées : .....
.....

➢ GESTION DU BUDGET EN LIEN AVEC LA MESURE DE PROTECTION :

Fréquence : ..... Montant : .....

Selon vous, est-il nécessaire de sécuriser l'argent du patient dans le coffre-fort de l'établissement ?
□ Oui □ Non
Commentaire : .....

45 Boulevard Jean Sauvage CS 60028 49055 ANGERS cedex 02
☎ : 02 52 09 22 04
FINESS : 490000643

➢ SITUATION JUDICIAIRE

Suivi judiciaire (SPIP) : □oui □non □en cours
Personne à contacter : .....
Tél. : .....
.....

➢ STATUT SOCIO-PROFESSIONNEL

La personne est-elle en activité professionnelle actuellement ? □ oui □ non,
si oui, □Intérim □ CDI □ CDD
Préciser les coordonnées de l'employeur : .....
.....

Si la personne n'est pas en d'activité professionnelle actuellement, quelle est sa situation ?
□ Arrêt Maladie indemnisé ou non
□ Accident du travail
□ Inscription à France Travail (anciennement Pôle Emploi)
Si oui, indemnisation actuelle : □ Oui □ Non
□ RSA
□ AAH
□ Invalidité, catégorie : …….
□ Retraité
□ Autres revenus, précisez :

L'hospitalisation doit être déclarée auprès des organismes versant les ressources du demandeur. (CAF, pôle emploi ...) Une étude des droits peut être révisée en fonction.

➢ SUIVI SOCIAL, MEDICOSOCIAL ET PLAN D'AIDE A DOMICILE

Suivi /Accompagnement social mis en place ? □ Oui □ Non
Si oui,
Nom du référent social : .....
Organisme .....
Tél : .....
Mail : .....

Si non, à envisager ? ☐oui ☐non ☐en cours

Accompagnement par d'autres professionnels dans le secteur médico- social ?
Si oui, merci de préciser leurs coordonnées
.....
.....
.....

45 Boulevard Jean Sauvage CS 60028 49055 ANGERS cedex 02
☎ : 02 52 09 22 04
FINESS : 490000643

Des démarches ont t'elles été engagées ou en réflexion en lien avec la sortie d'hospitalisation ?

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

Projet d'avenir évoqué (plan d'aide pour RAD, institutionnalisation, inscription en établissement déposée ou en cours…) :

.....
.....

LES EUMÉNIDES
Centre de Réadaptation

GROUPE BRETAGNE PAYS DE LA LOIRE UGECAM
Soigner, rééduquer, réinsérer : la santé sans préjugés

45 Boulevard Jean Sauvage CS 60028 49055 ANGERS cedex 02
☎ : 02 52 09 22 04
FINESS : 490000643

FICHE ADMINISTRATIVE

➢ SITUATION FAMILIALE

□ Célibataire □ marié (e) □ remarié (e) □ pacsé(e)
□ Concubinage □ séparé(e) □ divorcé(e) □ veuf (ve)

Nombre d'enfants : ..... à charge : ..... Maintien des liens : oui □ non □
La personne bénéficie-t-elle d'un soutien familial ? : oui □ non □
Si oui, précisez le lien et les coordonnées de la ou des personnes concernées
.....
.....

➢ NIVEAU D'ETUDE

□ En difficulté avec la lecture et/ou l'écriture
□ Niveau Brevet des collèges
□ Niveau CAP/BEP
□ Niveau BAC
□ Niveau BAC +2
□ Niveau au-delà de BAC +2
□ Ne sait pas

➢ ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE (délivrant la prise en charge principale)

Joindre obligatoirement une copie de l'attestation où apparaît la période de validité

Intitulé : .....
Nom de l'assuré : .....
Numéro d'immatriculation : .....
Droits ouverts jusqu'au ..... □100 % (ALD) □80 %

➢ MUTUELLE (de santé complémentaire)

Joindre obligatoirement une copie de la carte où apparaît la période de validité

Intitulé :.....
N°d'adhérent : .....
Période de validité :
Merci de bien vouloir contacter la mutuelle pour vous assurer du maintien des garanties pour la période d'hospitalisation. Cette protection est indispensable pour confirmer l'hospitalisation.

➢ Complémentaire santé solidaire (CSS)

Joindre obligatoirement une copie de l'attestation où apparaît la période de validité
Période de validité :.....

Si la CSS arrive à échéance ces prochains mois, nous vous invitons à renouveler la demande pour la période d'hospitalisation.

LES EUMÉNIDES
Centre de Réadaptation

GROUPE BRETAGNE PAYS DE LA LOIRE UGECAM
Soigner, rééduquer, réinsérer : la santé sans préjugés

45 Boulevard Jean Sauvage CS 60028 49055 ANGERS cedex 02
☎ : 02 52 09 22 04
FINESS : 490000643

COORDINATION ENTRE LE SEVRAGE ET L'ADMISSION EN SMR ADDICTOLOGIQUE A ORIENTATION COGNITIVE

- Le patient est actuellement suivi par un service d'addictologie :

Nom du médecin :.....
Tél. :.....
Adresse :
.....

- Avez-vous prévu un sevrage hospitalier avant l'entrée dans notre établissement :

Oui ☐ Non ☐

Date : .....

- DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :.....

EN CAS DE DIFFICULTES D'ACCOMPAGNEMENT, COORDONNEES DU SERVICE HOSPITALIER REPRENEUR :
.....
.....

Date :

Signature et adresse lisible
cachet du médecin

Veuillez adresser la demande uniquement par voie postale

Ou messagerie sécurisée pour les professionnels de santé : *sec-medical.eumenides@ugecam-brpl.mssante.fr*