



CHÂTEAU DE LONGUES-AYGUES

SOINS DE SUITE POUR AFFECTIONS LIÉES AUX CONDUITES ADDICTIVES
82800 NÈGREPELISSE – TÉL. 05.63.64.20.20 – FAX 05.63.30.83.23

DOSSIER MÉDICAL D'ADMISSION (à renseigner par le médecin)

Nous vous invitons, avant de remplir la demande d'admission, à lire le document en annexe, les modalités de prise en charge ainsi que l'extrait du Projet Médical qui vous présente précisément les indications et contre-indications aux soins de suite au Château de Longues-Aygues.

**TOUTES LES RUBRIQUES DOIVENT ÊTRE IMPÉRATIVEMENT COMPLÉTÉES
À DÉFAUT, LE DOSSIER NE SERA PAS ENREGISTRÉ ET VOUS SERA RETOURNÉ**

1. Identification du patient

NOM : Prénom : Ss tutelle* : oui non
 NOM de jeune fille : Ss curatelle* : oui non
 Téléphone :
 Situation familiale : célibataire marié(e)/en couple divorcé(e) veuf (ve)
 Date de naissance : Lieu : Nationalité :
 Profession : Situation professionnelle actuelle :
 Adresse :
 Téléphone :
 100% oui non
 Nature du 100 % :
 Séjour en rapport avec ALD oui non
 Type d'ALD :

2. Identification du médecin demandeur

NOM : Prénom :
 Adresse :
 Téléphone : Fax : mail :
 Date de la demande :
 Date d'entrée souhaitée :

3. Identité du médecin référent

NOM : Prénom :
 Adresse :
 Téléphone : Fax : mail :

*** pour les patients sous tutelle ou curatelle un chèque de caution devra nous parvenir impérativement avant le jour de l'admission (Cf Fiche d'Informations Administratives).**

4. Motif de la demande de séjour

5. Histoire de la problématique addictive

○ **Le produit :**

Date du début d'intoxication

Date du sevrage

- ✓ Alcool.....
- ✓ Cannabis.....
- ✓ Opiacés.....
- ✓ Tabac.....
- ✓ Méusage de médicaments.....
- ✓ Autres.....

○ **Traitement de substitution :**

○ **Hospitalisations et cures antérieures (dates et lieux) :**

○ **Date, lieu et mode du dernier sevrage :**

○ **Répercussions de l'addiction sur :**

	Non	Oui	précisez
✓ Les relations familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ La situation sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ La situation professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ La situation médico-légale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Antécédents médicaux/chirurgicaux○ **Chirurgicaux**○ **Médicaux**

- ✓ Cardio-vasculaires :
- ✓ Respiratoires :
- ✓ Digestifs :
- ✓ Neurologiques :
- ✓ Endocriniens :
- ✓ Infectieux :

○ **Psychiatriques**○ **Antécédents de passages à l'acte** (fugues, hétéro-agressivité, TS...)**7. État actuel**

○ Psychique :

○ Somatique :

○ Allergies (préciser) :

○ Nécessité d'un régime alimentaire spécifique :

○ Aptitude physique aux activités sportives : (gymnastique, musculation, piscine, randonnée)

oui non précisez :.....**8. Traitement actuel :**

NB : tout traitement devra être justifié par une ordonnance récente et tout traitement de médecine générale devra être fourni.

9. Bilan d'autonomie

	Fait	Ne fait pas seul	Avec aide
. Hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Déplacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Élimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Non	Oui
. Troubles mnésiques		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Troubles de la compréhension		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Troubles de l'orientation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Troubles du comportement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bonne	Moyenne	Mauvaise
. Acuité visuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Acuité auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Projet thérapeutique (Qu'attendez-vous du séjour ?)**11. Devenir envisagé à la sortie de post-cure**

- Logement : domicile foyer en cours
 Autre (précisez).....
- Projets, démarches en cours :
- Suivi thérapeutique :

12. Suggestions, particularités :

CHÂTEAU DE LONGUES-AYGUES
Rte de Vaïssac
82800 NEGREPELISSE

À COMPLETER PAR LE PATIENT

Madame, Monsieur,

Afin de conforter votre volonté de vous inscrire dans les logiques de soins que nous proposons sur 5 semaines, nous vous invitons :

- À lire le projet thérapeutique
- À lire, remplir et signer l'engagement thérapeutique ci-dessous
- À compléter le formulaire concernant vos conduites addictives,
- À écrire une lettre justifiant de vos motivations
- Et à nous réadresser l'ensemble de ces documents qui conditionnent l'acceptation de votre demande d'admission



ATTENTION : Vous devez avoir réalisé votre sevrage auprès de professionnels qualifiés : le temps de sevrage de 7 à 15 jours sera requis pour un sevrage simple, de 15 à 21 jours pour un sevrage complexe

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

ENGAGEMENT THERAPEUTIQUE

Nous vous demanderons à votre arrivée de vous engager pour la durée de votre séjour à :

- respecter le cadre de vie et le règlement intérieur de l'établissement
- ne pas consommer d'alcool, de produits illicites, ni de médicaments en dehors de ceux qui vous seront prescrits : **contrôles inopinés de jour comme de nuit**
- vous abstenir d'introduire une quelconque de ces substances dans l'établissement ou d'en procurer à un autre patient,
- vous investir dans l'ensemble des activités thérapeutiques définies dans le projet de soins
- vous abstenir de sortir de l'enceinte du parc pendant les 11 premiers jours de votre séjour

* * *

Je m'engage à respecter cet engagement thérapeutique dont j'ai été informé clairement et précisément de son sens, et de la possibilité d'être contrôlé de jour comme de nuit ; savoir qu'un manquement à un seul de ces points remettra en question la poursuite de mon séjour.

Nom et prénom

Date

Signature

Documents nécessaires à l'étude du dossier :

- Le dossier médical d'admission renseigné le plus précisément par le médecin.
- L'engagement thérapeutique du patient à s'inscrire dans les logiques de soins dont il aura été informé.
- Le formulaire renseigné par le patient concernant ses conduites addictives et une lettre justifiant de ses motivations.
- Une demande d'accord préalable doit être faite auprès du médecin-conseil de la caisse du patient. Il est nécessaire d'attendre cet accord pour qu'une date d'admission soit fixée par l'établissement.

Toutefois, le transfert direct d'un établissement hospitalier ne nécessite pas l'obtention d'un accord préalable.

Extrait du Projet Médical du Château de Longues-Aygues

Le Château de Longues-Aygues est un établissement de soins de suite et de réadaptation spécialisé en addictologie. Il accueille des patients présentant toutes les formes de dépendance ou d'addiction à des substances psychoactives.

Il est une étape importante de la prise en charge résidentielle qui leur est nécessaire, à un certain moment de leur parcours de soins, pour consolider leur abstinence et débiter leur réhabilitation.

Il se déroule sur 5 semaines et doit permettre au patient :

- ✓ d'être accompagné dans sa demande de prise en charge de sa dépendance, dans le renforcement de l'abstinence et dans l'équilibrage d'une substitution.
- ✓ de mettre à distance la consommation de produit,
- ✓ de pouvoir envisager un avenir différent à sa sortie,
- ✓ dans un objectif plus général, d'améliorer sa qualité de vie.

Certaines conditions d'admission sont nécessaires :

- **Un sevrage réalisé auprès de professionnels qualifiés** : le temps de sevrage de 7 à 15 jours sera requis pour un sevrage simple, de 15 à 21 jours pour un sevrage complexe.
- Une stabilité somatique acquise avec un bilan déjà effectué.
- **Un bilan THC obligatoirement négatif**
- Une stabilité psychique suffisante. Les états décompensés seront d'abord orientés vers un service spécialisé.
- Une qualité de motivation du patient, après une information fiable sur le projet thérapeutique.



ATTENTION : tout patient contrôlé positif à l'éthylotest à son arrivée ne sera pas admis en séjour

Circonstances cliniques constituant des conditions défavorables au travail de post-cure :

- Des troubles neurologiques ou intellectuels graves
- Des difficultés de communication importantes
- Des déficits d'autonomie.

La position statutaire d'un SSR implique des limites d'admission ainsi :

- L'établissement n'est pas habilité à recevoir une urgence ni les demandes de séjour de durée longue.
- L'absence d'un lieu d'hébergement précis à la date de la sortie constitue une contre-indication relative ; un projet de réinsertion devra être finalisé avant l'admission dans l'établissement.

NOM : **Nom de jeune fille**
Prénoms **Nationalité**
 Date et lieu de naissance
 Logement : propriétaire Locataire Hébergé Foyer SDF
 Adresse :
 Code postal : ville : Téléphone
Situation familiale : Célibataire Marié(e) Veuf (ve) Divorcé(e) vie maritale séparé(e)
Emploi : oui non **Ressources** : Indemnités journalières Assédic RSA Autres (retraite, AAH)

Nom et téléphone de la personne à prévenir en cas de nécessité :
 Lien de parenté.....

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection judiciaire ? oui non

Si oui : curatelle tutelle sauvegarde de justice

Nom du tuteur ou curateur : Téléphone

Adresse :

La démarche actuelle s'intègre-t-elle dans une obligation judiciaire de soins : oui non

REGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE : Caisse

Adresse de votre Centre

N° SECURITE SOCIALE :

CMUC : OUI (date fin de droits) NON INVALIDITÉ ALD

SI VOUS N'ÊTES PAS L'ASSURÉ(E) : Nom de l'assuré(e)

Prénom de l'assuré(e) Date de naissance

MUTUELLE : Nom, adresse et téléphone :

Numéro Adhérent :

CARTE MUTUELLE RECTO VERSO A JOINDRE IMPERATIVEMENT

Date éventuelle d'entrée dans l'établissement :

Désirez-vous une **chambre double sans supplément de prix** : OUI NON

Désirez-vous une **chambre particulière avec supplément de prix** de :

Chambre simple avec douche à part 45 € OUI NON

Chambre climatisée avec salle de bain complète au château 60 € OUI NON

Chambre spacieuse et climatisée à l'extension 70 € OUI NON

ATTENTION : Avant de choisir le type de chambre particulière, il faut vérifier les garanties auprès de votre mutuelle en précisant le n° FINESS 820.000.412 et le code discipline 214 de l'établissement.

Si vous ne bénéficiez pas d'une prise en charge « mutuelle », il vous sera demandé à l'arrivée un chèque de caution couvrant, pour un mois, les frais de séjour restant à votre charge.

Nom, adresse et téléphone :

De votre médecin :

De votre service social et travailleur social :

Avez-vous déjà séjourné à LONGUES-AYGUES ? OUI (Quelle année ?.....) NON

Documents à apporter lors de votre admission :

- **Attestation d'assuré(e) sociale** + prise en charge Sécurité Sociale si vous venez de chez vous

- **Prise en charge Mutuelle + carte d'adhérent**

- **Pièce d'Identité**

- **Bulletin de sortie de l'Établissement si vous étiez hospitalisé(e)**

NB : pour les patients sous tutelle ou curatelle le chèque de caution devra nous parvenir impérativement avant le jour de l'admission (cf. Fiche d'Informations administratives).

Date

Signature



CHÂTEAU DE LONGUES-AYGUES

SOINS DE SUITE POUR AFFECTIONS LIÉES AUX CONDUITES ADDICTIVES
82800 NÈGREPELISSE – TÉL. 05.63.64.20.20 – FAX 05.63.30.83.2

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DU SEJOUR

Je soussigné (NOM et Prénom du patient).....
atteste avoir pris connaissance des tarifs de mon hospitalisation et m'engage à régler les
sommes qui ne sont pas prises en charge le cas échéant par le régime obligatoire (sécurité
sociale) et/ou par mon régime complémentaire (CMU ou mutuelle).

Date :

« lu et approuvé » et signature