

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint un dossier de demande d'admission à la Clinique du Relais pour une hospitalisation complète de 6 semaines.

Voici les éléments que doit comporter votre dossier :

- une partie médicale remplie par le médecin, à nous retourner accompagnée d'une prescription médicale pour la cure (voir ci-dessous)
 - o Une copie de la dernière ordonnance si traitement en cours
- une partie remplie par le patient, à nous retourner avec les éléments suivants :
 - o Une photocopie recto-verso de votre pièce d'identité
 - o Une photocopie de votre attestation de droits à la sécurité sociale en cours de validité à la date de l'hospitalisation
 - o Une photocopie de votre carte mutuelle recto-verso ou de votre attestation CMUC en cours de validité à la date de l'hospitalisation

En cas de transfert d'un autre établissement de santé, il vous sera demandé un bulletin d'hospitalisation.

A réception, votre dossier sera examiné par notre commission médicale. Après validation du dossier, le secrétariat vous contactera pour envisager une date d'admission.

IMPORTANT : Votre médecin devra établir un certificat médical de demande de séjour en double exemplaire dont l'original devra être adressé à votre caisse et la copie jointe à ce dossier ainsi qu'un arrêt de travail, si vous en avez besoin (la Clinique, en sa qualité d'établissement de santé, ne vous délivrera qu'un bulletin de situation).

DOSSIER A REMPLIR PAR LE PATIENT

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Mail :

Date de Naissance : Lieu de Naissance :

Profession :

Si sans profession : ☐ Chômage ☐ Retraite ☐ Invalidité ☐ AAH ☐ RSA

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ PACS ☐ Veuf(ue) ☐ Divorcé(e)

PERSONNES A PREVENIR EN CAS DE BESOIN :

Nom : Prénom :

Lien avec le patient (parent, proche, Médecin traitant...) :

Téléphone : Mail :

COUVERTURE SOCIALE :

Caisse d'Assurance Maladie

Numéro de Sécurité Sociale :

Centre et Adresse :

Etes vous bénéficiaire : ☐ CMU ☐ ALD ☐ Invalidité

Mutuelle :

Adresse :

Téléphone :

La prise en charge de vos frais d'hospitalisation

Le ticket modérateur (20% du tarif journalier par journée d'hospitalisation et des honoraires) et le forfait journalier sont pris en charge par votre complémentaire santé (mutuelle ou CMUC), à défaut ils resteront à votre charge.

La clinique dispose de chambres particulières et la distribution des chambres se fait en fonction des disponibilités et de la validité de votre prise en charge. Si vous bénéficiez d'une mutuelle, l'attribution de la chambre particulière se fera en fonction de l'accord de cette dernière et sur la base du nombre de jours accordés. Nous vous conseillons de les contacter au plus tôt pour obtenir ces informations (A savoir: notre code activité est DMT 214), et de nous les retourner.

Si vous ne bénéficiez pas de prise en charge mutuelle, le montant du supplément chambre particulière sera à votre charge : à partir de 50 €/nuit.

La CMUC ne couvre jamais la chambre particulière.

Je demande à bénéficier d'une chambre particulière, le supplément sera pris en charge :

☐ Par ma mutuelle

☐ Par moi-même

Je 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 supplément chambre particulière pour toute la durée de mon séjour à la clinique du Relais

Date :

Nom Prénom :

Signature :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à remplir par le patient) :

Pour mieux personnaliser votre projet thérapeutique, nous vous invitons à remplir ce document le plus précisément possible. Ces informations, soumises au secret médical, resteront confidentielles.

Quelle est la motivation de votre actuelle demande de soins ?

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

Considérez-vous que vous êtes suffisamment informé sur le Projet Thérapeutique (*) de la Clinique du Relais ?

☐ oui

☐ non

(Si non, rapprochez-vous du médecin qui remplira votre dossier médical d'admission ou bien des praticiens qui vous ont orienté vers nous).

Acceptez-vous de signer un Engagement Thérapeutique (*) et une durée de soins de 42 jours ?

☐ oui

☐ non

Etes-vous en difficulté avec votre alimentation ?
Précisez :

☐ non

☐ oui

.....
.....

Suivez-vous un régime particulier ?

.....

Avez-vous consommé du cannabis ?

☐ non

☐ oui

Où en est votre consommation actuelle ?

.....

Avez-vous pris d'autres substances psychoactives ?
Lesquelles :

☐ non

☐ oui

.....

Si oui, où en êtes-vous de votre consommation de substances psychoactives ?

.....

Consommez-vous du tabac ?

☐ non

☐ oui

Quelle est votre consommation actuelle ?

.....

Avez-vous envie d'arrêter de fumer ?

☐ non

☐ oui

.....

Avez-vous fait des tentatives de suicide ? ☐ non ☐ oui

.....

Avez-vous actuellement des idées suicidaires ? ☐ non ☐ oui

.....

Quelles autres informations souhaitez-vous nous communiquer ?
(Il vous est également possible de nous adresser une *Lettre de motivation*)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(*) Des indications générales sur le Projet Thérapeutique et sur l'Engagement Thérapeutique figurent dans le livret d'accueil et sur le site internet.



FICHE DE SITUATION SOCIALE (à remplir par le patient) :

I. Identité du Patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/.../.....

II. Evaluation de la Précarité et des inégalités de santé :

Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? : ☐ Oui ☐ Non

Bénéficiez-vous d'une assurance maladie et/ou d'une complémentaire (CPAM, MSA, RSI, EDF/PTT) ? : ☐ Oui ☐ Non

Vivez-vous en couple ? : ☐ Oui ☐ Non

Etes-vous propriétaire de votre logement ? : ☐ Oui ☐ Non

Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières (alimentation, loyer, EDF, ...) ? : ☐ Oui ☐ Non

Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? : ☐ Oui ☐ Non

Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ? : ☐ Oui ☐ Non

Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? : ☐ Oui ☐ Non

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou enfants ? : ☐ Oui ☐ Non

En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous pouvez compter pour vous héberger quelques jours en cas besoin : ☐ Oui ☐ Non

En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous pouvez compter pour vous apporter une aide matérielle ? : ☐ Oui ☐ Non

III. Ressources financières :

Avez-vous une activité professionnelle ? : ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des ressources mensuelles ? : ☐ Oui ☐ Non

Votre situation est-elle à jour ? : ☐ Oui ☐ Non

Réservé aux Services de la Clinique du Relais

Bénéficiaire Assurance complémentaire / Mutuelle ? : ☐ Oui ☐ Non

Bénéficiaire de la CMU ? : ☐ Oui ☐ Non

Visa PEC Assistante Sociale : ☐ Oui ☐ Non

Objectif du PPS : /

DOSSIER MEDICAL (à remplir par le médecin)**I. Identification du patient :**

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

II. Identification du médecin adresseur :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. : Mail :

Êtes-vous le médecin traitant du patient ? oui ☐ non ☐Êtes-vous le spécialiste qui le suit ? oui ☐ non ☐**III. Conduites addictives actuelles :**Tabac oui ☐ non ☐Alcool oui ☐ non ☐Cannabis oui ☐ non ☐Cocaïne oui ☐ non ☐Héroïne oui ☐ non ☐Addiction médicamenteuse ? oui ☐ non ☐

si oui quel(s) médicament(s) ?

Addiction à d'autres produits ? oui ☐ non ☐

si oui lequel ou lesquels ?

Addiction au jeu ? oui ☐ non ☐Traitement de substitution aux opiacés ? oui ☐ non ☐

Si oui lequel ?

Y a-t-il mésusage ? oui ☐ non ☐

De quel(s) produit(s) veut se sevrer le patient ?

IV. La demande de cure émane (plusieurs réponses possibles)

Du patient ☐
De son entourage ☐
D'une proposition médicale ☐
De la justice ☐

V. Histoire de l'addiction

Début à l'adolescence ☐
Début à l'âge adulte ☐
Début il y a moins de 5 ans ☐
Début il y a plus de 10 ans ☐

Y a-t-il eu des sevrages physiques antérieurs (hospitalisations <12j) ou des sevrages ambulatoires médicalisés ?

Oui ☐ Non ☐

Y a-t-il eu des cures antérieures (hospitalisations >21j) ?

Oui ☐ Non ☐

VI. Le patient a-t-il actuellement un suivi spécialisé oui ☐ non ☐

Psychiatre ☐
Addictologue ☐
Association d'entraide ☐

VII. Répercussions de l'addiction

• Physiques

Délirium tremens	Oui ☐	Non ☐	Ne sait pas ☐
Coma éthylique	Oui ☐	Non ☐	Ne sait pas ☐
Convulsions	Oui ☐	Non ☐	Ne sait pas ☐

- Familiales :.....
- Sociales:
- Professionnelles :
- Conséquences médico-légales :

Retrait ou annulation du permis de conduire ?	Oui	☐	Non	☐	Ne sait pas	☐
Violence à personne	Oui	☐	Non	☐	Ne sait pas	☐
Obligation de soin	Oui	☐	Non	☐	Ne sait pas	☐
Condamnation actuelle	Oui	☐	Non	☐	Ne sait pas	☐
Jugement à venir	Oui	☐	Non	☐	Ne sait pas	☐

VIII. Antécédents psychiatriques :

- ✓ Etat de stress post traumatique ☐
- ✓ Troubles bipolaires ☐
- ✓ Troubles anxieux ☐
- ✓ Dépressions récurrentes sous emprise d'alcool ☐
- ✓ Dépressions récurrentes sans alcool ☐
- ✓ Iresses pathologiques ☐
- ✓ Episodes psychotiques pharmaco induits ☐
- ✓ Tentative d'autolyse sous emprise d'alcool ☐
- ✓ Tentative d'autolyse sans alcool ☐
- ✓ Psychose chronique ☐
- ✓ Troubles du comportement alimentaire ☐
- ✓ Hospitalisation en psychiatrie ☐

Situation psychique actuelle : stable ☐ instable ☐

IX. Antécédents somatiques (préciser si besoin) :

- Médicaux :

- Chirurgicaux :

- Le patient présente-t-il une insuffisance hépatique sévère ? Oui ☐ Non ☐
- Existe-t-il une altération cognitive sévère ? Oui ☐ Non ☐
- Des troubles graves de la mémoire ? Oui ☐ Non ☐
- Le patient nécessite-t-il de l'O2 ? Oui ☐ Non ☐
- Le patient présente-t-il un état de dénutrition ? Oui ☐ Non ☐

I. Autonomie du patient

Le patient est-il capable d'assurer les gestes de la vie quotidienne ? Oui ☐ Non ☐

Le patient est-il capable de monter un escalier ? Oui ☐ Non ☐

Le patient est-il capable de comprendre et de parler le français sans difficulté ?

Oui ☐ Non ☐

Existe-t-il un déficit sensoriel (auditif ou visuel) ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, est-il sévère ou modéré ?

II. Difficultés particulières :

Un logement ou un hébergement est-il prévu à la sortie ?

Chez lui ☐ Dans sa famille ☐ Dans un foyer ☐ Autre ☐

Aucun logement à sa sortie ☐

Le patient bénéficie-t-il d'une mesure de : Tutelle ☐

Curatelle ☐

III. Traitement actuel (ou joindre une copie de la dernière ordonnance)

Commentaires :

Date :

Nom du praticien :

Signature :

FORMULAIRE DE DESIGNATION

DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

(Article L.1111-6 du code de santé publique)

Vous allez être admis à la Clinique du Relais. Vous avez la possibilité de désigner « une personne de confiance ».

De qui s'agit-il ?

- C'est une personne **majeure**, suffisamment **proche** de vous pour connaître vos convictions, et à qui vous faites confiance (ex: un membre de votre famille, un ami, un voisin, votre médecin...).
- Cette désignation est **facultative**.
- Cette personne pourra, **si vous le souhaitez**, vous aider dans les démarches à accomplir, assister à vos entretiens afin de vous conseiller sur des choix thérapeutiques.
- Si vous la désignez, sa présence s'avèrera indispensable si vous ne deviez plus être en mesure de recevoir les informations médicales, ni consentir à des actes thérapeutiques. Elle deviendra alors l'interlocuteur exclusif consulté par l'équipe médicale qui pourra adapter au mieux le traitement en fonction des impératifs médicaux et de vos convictions.
- Cette désignation dure le temps de votre hospitalisation et est **révocable** à tout moment en le signalant simplement au personnel hospitalier.

Je soussigné(e), Mme, Mlle, M. :

Adresse :

Téléphone :

☐ Déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.

☐ Déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et souhaite désigner :

Mme, Mlle, M. :

Adresse :

Téléphone :

qui deviendra personne de confiance.

Fait leA

Signature de la personne de confiance

Signature du patient

Confirmation pour chaque séjour

Confirmée le :

Confirmée le :

Confirmée le :

Confirmée le :

Fait en deux exemplaires – un pour le patient et un pour l'établissement à conserver dans le dossier du patient

31 route du lac • 46140 Caillac • Tél : 05 65 30 97 97 • Fax : 05.65.30.98.74 • Mail : secretariat@clinique-du-relais.fr

LA REGLE THERAPEUTIQUE

La règle thérapeutique vous est présentée au deuxième jour de votre présence dans l'établissement en réunion de groupe.

Il s'agit des consignes que nous vous demandons de respecter pendant les 6 semaines de votre prise en charge. Ces règles découlent du projet médical de l'établissement.

Elles peuvent être résumées en 6 points, qui vous seront développés pendant cette réunion.

Vous devez :

1. Vous abstenir de toute prise d'alcool, de drogue ou de médicament détourné de son usage.
2. Respecter l'organisation des soins et participer à tous les temps programmés tant en entretiens individuels qu'en travail de groupe.
3. Respecter les règles du vivre ensemble. En effet, aucune démarche thérapeutique sérieuse ne peut être entreprise sans attention et respect portés à l'autre.
4. Respecter les règles d'écoute et de parole qui vous sont présentées dans chaque groupe.
5. Eviter de développer l'illusion que les discussions entre vous (dont nous reconnaissons l'importance) pourraient se substituer aux temps de parole, de rencontre et d'échanges avec les professionnels formés à ces pratiques.
6. Enfin, nous vous invitons à éviter toute rencontre amoureuse et/ou sexuelle avec un(e) autre patient(e). L'expérience montre que ces rencontres ont généralement pour fonction, la répétition d'une conduite passée et de vous placer dans une position d'illusion, où vous éviteriez tout travail de réflexion ou toute analyse de ce que vous auriez vécu jusqu'ici.

Aucune de ces règles n'est portée par une considération de valeur ou par une considération morale. Elles sont fondées sur une logique de soins et visent à favoriser l'accès à la parole qui vous permettra d'atteindre vos objectifs thérapeutiques.

REGLEMENT INTERIEUR

1. Admission

Dès votre arrivée à la Clinique, veuillez-vous présenter au Secrétariat.

2. Dépôt d'objets de valeur

Pour tout objet de valeur, il est mis à votre disposition au sein des chambres, des coffres forts individuels fermés par un code (procédure d'utilisation dans les chambres).

3. Voiture

Les personnes arrivées avec leur véhicule doivent le garer sur le parking de la Clinique, où il restera toute la durée de la cure. Les clés et doubles de clés sont à déposer au bureau des admissions.

Ce parking n'étant pas surveillé, la Direction de la Clinique décline toute responsabilité pour tous dommages éventuels causés à ce véhicule tout au long de votre séjour.

4. Médicaments

Remettez vos médicaments et ordonnances au personnel soignant dès votre arrivée. Durant votre séjour, les médecins de l'établissement sont responsables de votre traitement. Concernant les traitements de substitution oraux, et les médicaments inscrits sur liste des stupéfiants, vous devrez présenter la quantité de traitement correspondante à votre ordonnance en cours, qui vous sera restituée en fin de séjour. Seul le personnel infirmier est habilité à vous distribuer les médicaments.

5. Alcool, toxiques et drogues

Leur introduction et leur consommation sont strictement interdites à la Clinique. Des contrôles sanguins, urinaires, salivaires peuvent être réalisés à la demande des soignants. En cas de suspicion de détention de produits illicites, de médicaments, ou d'alcool, le personnel de la Clinique pourra être amené à faire une fouille des chambres et des coffres.

Dans tous les cas, une consommation sur le temps du séjour, dans l'établissement ou lors d'une permission remettra en question la poursuite des soins.

6. Tabac

Nous vous rappelons que par le décret ministériel n°2006-1386, du 15 novembre 2006 et le décret n° 2017-633, du 25 avril 2017, il est interdit de fumer et de vapoter dans l'enceinte de la Clinique, que ce soit dans les chambres, les couloirs, les salles de soins et de réunions, les bureaux, la cuisine, la salle de repas et la cafétéria. Des espaces à l'extérieur y sont dédiés.

7. Alimentation

Il est strictement interdit de stocker des denrées périssables dans votre chambre ou sur votre balcon. Si tel est le cas, elles seront jetées par le personnel.

8. Téléphone

Il vous est conseillé de ne pas utiliser votre téléphone portable la première semaine de votre séjour, afin de favoriser l'établissement de relations thérapeutiques dans votre groupe. L'utilisation de ce dernier n'est pas autorisée durant les repas et les temps thérapeutiques.

9. Appareils électriques et électroniques

L'utilisation des appareils électroniques (tablette, pc portable, etc.) est autorisée en dehors des temps thérapeutiques et de repas, dans le respect de la tranquillité de votre voisin(e) si vous êtes en chambre double.

L'utilisation des appareils électriques fixes (TV, appareils ménagers) est interdite pour des raisons de sécurité, à l'exception des sèche-cheveux et lisseurs. La direction décline toute responsabilité pour tous dommages causés à votre matériel durant votre séjour.

10. Tenue vestimentaire

Elle doit être convenable. N'oubliez pas de porter vos affaires de toilette et serviettes. Une machine à laver et un sèche-linge sont à votre disposition (3,00 euros par lavage avec la lessive).

11. Les visites d'une chambre à l'autre sont interdites

12. Silence

Tous les jours, une demi-heure (de 18h00 à 18h30) est consacrée à la relaxation dans les chambres. Ce temps doit être respecté. À partir de 22 heures 30, chacun doit regagner sa chambre. À 23 heures, les lumières sont éteintes.

13. Sorties

- **Pendant la 1^{ère} semaine :**

Pour des raisons de sécurité médicale, vous ne devez pas quitter les limites d'un espace constitué par la clinique et son parc, ainsi que le parcours de santé entourant le lac situé en face de l'établissement, par groupe de trois personnes minimums.

- **Dès la 2^{ème} semaine :**

Les sorties sont autorisées en dehors des temps thérapeutiques et de repas, par groupe de trois personnes minimums, au-delà des limites constituées par la clinique et le parcours de santé, après vous être signalé sur le registre prévu à cet effet.

- **Du 1^{er} mai au 30 septembre :**

Vous pouvez également sortir après le repas du soir jusqu'à 21 heures en respectant les consignes ci-dessus.

- **Le dimanche précédent votre sortie:** vous êtes autorisé si vous le souhaitez à organiser un déjeuner avec votre groupe de 6^{ème} semaine à l'extérieur de l'établissement.

IL EST INTERDIT DE SE Baigner lors de vos sorties.

VOUS DEVEZ IMPERATIVEMENT :

Vous inscrire sur le registre des sorties (devant l'infirmier) en précisant votre heure de départ et de retour (au plus tard 18h) et la direction choisie.

Etre en groupe de 3 personnes au moins pour des raisons de sécurité.

14. Visites

Les visites de votre famille et de vos proches sont autorisées à compter du 2^e week-end, le samedi de 13h à 18h et le dimanche de 9h à 18h.

Avec votre famille, vous pouvez vous rendre à Cahors ou aux alentours. Si vous déjeunez à l'extérieur, le dimanche uniquement, vous devez le signaler aux agents de service **le mardi soir**.

Si vous souhaitez recevoir votre famille dans l'établissement, celle-ci ne pourra pas prendre ses repas sur place. Une liste d'hôtels et de restaurants est disponible au secrétariat sur simple demande.

15. Paiement

Vous devez vous acquitter de la part des frais de séjour et des honoraires médicaux qui vous incombent, ainsi que des suppléments divers que vous avez demandés.

16. Réclamations

En cas de contestation, de réclamation, vous ou vos proches peuvent se rapprocher de Mme DAUZATS, responsable des Soins (prise de rendez vous auprès de l'équipe paramédicale) qui vous présentera la marche à suivre.

17. Principales consignes de sécurité

Toutes les dispositions réglementaires en vigueur en matière de sécurité sont respectées.

Les conduites à tenir en cas d'incendie ainsi que le plan d'évacuation de l'établissement sont affichés dans le hall d'entrée près de la cafétéria. Vous êtes priés d'en prendre connaissance dès votre arrivée dans l'établissement.

En toute situation il est important de rester calme et de suivre les indications du personnel qui est formé à cet effet.

ENGAGEMENT

Dès votre admission dans l'établissement, ce règlement sera respecté par vous, votre famille et vos éventuels visiteurs.

La Direction de la Clinique Du Relais – Version 4- Juillet 2018