



DOSSIER D'ADMISSION

CENTRE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

« BEAUREGARD »

La Banque à Genêts 50470 LA GLACERIE

☎ 02 33 44 16 25 Fax 02 33 44 67 33

DEMANDE D'ADMISSION PRESENTEE PAR

Etablissement adresseur :

Docteur :

Téléphone :

Travailleur social :

Téléphone :

Email :

PRESENTATION DU SSRA BEAUREGARD

Le Centre Beauregard est un service de post-cure en addictologie qui accueille des personnes (hommes et femmes) souffrant d'une pathologie addictive ou poly-addictive, nécessitant un accompagnement médico-psychologique et socio-éducatif.

L'admission au Centre Beauregard vient après un sevrage en milieu hospitalier.

Le programme de soins individualisé s'inscrit dans la durée qui va de 6 semaines à 3 mois

Engagement du patient

Etre volontaires pour les soins pour adhérer aux objectifs thérapeutiques, notamment en acceptant d'expérimenter les changements proposés : expérience sans produit, ateliers manuels à visée thérapeutiques, groupes de parole, activités physiques.

POUR VOTRE HOSPITALISATION, IL EST NECESSAIRE D'APPORTER :

- **Carte vitale** ou **attestation de droits**
- **Carte de mutuelle** ou **attestation C.M.U.**
↳ Si vous n'avez pas de mutuelle, veuillez nous prévenir rapidement.
- **Ordonnance** et **traitement** en cours pour 24 heures
- **Effets personnels** :
 - Vêtements dont une tenue de sport
 - Maillot de bain (slip de bain pour les hommes)
 - 2 paires de chaussures dont une paire de tennis pour les activités sportives
 - Vêtement de pluie
 - Linge de toilette
 - Nécessaire de toilette (shampooing, gel douche, brosse à dents, dentifrice, rasoir...). Parfums, eaux de toilette, lotions alcoolisées ne sont pas autorisées.

Les vêtements doivent être marqués à votre nom.

Si cela n'est pas fait à votre entrée, nous vous donnerons le nécessaire.



Pas de courses avant le **samedi suivant** votre entrée. Prévoir en conséquence

- **Petite somme d'argent**
- **Tabac**
- **Carte bancaire** et **chéquier**, qui seront déposés au coffre durant votre séjour.
- **Timbres** et **enveloppes** pour envoyer les arrêts de travail ou les bulletins de situation

Horaires des visites :

- en semaine : de 17h30 à 19h00 sauf le lundi en raison d'une réunion hebdomadaire
- le week-end : de 13h30 à 19h00

Les **sorties libres** (une demie journée) et les **permissions** (2 jours incluant une nuit maximum) sont possibles après la signature du contrat de soin, soit **15 jours** après l'entrée.

L'utilisation des **téléphones portables** est autorisée à condition qu'elle n'interfère pas dans les ateliers proposés ni au cours des repas.

Il n'est pas autorisé d'apporter de la **nourriture** ou des **boissons sucrées** dans les chambres.

FICHE ADMINISTRATIVE

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse postale (dont code postal et ville) :

Téléphone :

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom - Prénom	Lien de parenté	Adresse	Numéro de téléphone

DROITS OUVERTS

CPAM MSA Autre :

N° :

Adresse postale de la caisse :

Téléphone :

Bénéficie d'une ALD : non 100% 80%

MUTUELLE – CMU-C

Organisme :

N° adhérent :

Adresse postale :

Téléphone :

Le renseignement du type de discipline permet de vérifier que le coût de l'hospitalisation sera pris en charge par la mutuelle

Prise en charge de la **discipline 187** : oui

Prise en charge du **forfait journalier** : oui non Si oui, pour quelle durée :

Merci de fournir : Attestation de droits (CPAM, MSA, CMU,...)

Carte de mutuelle en cours de validité

DOSSIER SOCIO-PROFESSIONNEL

SITUATION FAMILIALE DU PATIENT

Célibataire Concubinage Pacsé Marié Séparé Divorcé Veuf

Nombre d'enfants : Âge des enfants : Dont à charge :

CONDITIONS DE LOGEMENT

Locataire Propriétaire Hébergé à titre gratuit Sans domicile fixe Foyer

Nombre de personnes vivant dans le logement :

Suivi social en cours oui non

Si oui, nom de l'organisme :

Nom du professionnel : Téléphone :

Adresse postale :

LOGEMENT A LA SORTIE oui non

Si logement autonome, adresse postale :

Si hébergement, adresse postale :

CONDAMNATIONS / DELITS

Mesure en cours : oui non

Si suivi SPIP, adresse du service :

Nom du référent : Téléphone :

Permis de conduire

Oui Non Si non : Annulation Suspension Autre

RESSOURCES

Salaire : Indemnités journalières :

AAH : Pension d'invalidité :

RSA : Allocations chômage :

Pension de retraite :

Rencontrez-vous actuellement des difficultés financières ? Oui Non

Dossier de surendettement : Oui Non En cours Attente de la réponse

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

A compléter impérativement par un Médecin et à retourner sous pli fermé à l'intention du Médecin du SSRA

Nom : Prénom :

DOSSIER REMPLI PAR :

Etablissement de Santé :

Médecin adresseur :

Adresse postale :

Tél : e-mail :

HISTOIRE DE LA CONDUITE ADDICTIVE

Type d'addiction, mode d'entrée, retentissement (personnel, professionnel, familial, etc.)

Psychopathologie actuelle

Soins antérieurs connus (sevrage, post-cure, suivi ambulatoire)

Objectifs attendus de la post cure

ANTECEDENTS

Médicaux :

Chirurgicaux :

Psychiatriques :

Neurologiques :

Autres addictions :

BIOGRAPHIE (dont soutien familial, amical, etc.)

ETAT CLINIQUE ACTUEL

Taille : Poids :

Traitement médicamenteux en cours:

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

MERCI DE JOINDRE LE DERNIER BILAN SANGUIN ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Motricité : Le patient est-il apte :

- Aux activités manuelles : oui non A la gymnastique : oui non
- A la marche. oui non Au sport collectif (volley...) : oui non

Date d'admission souhaitée : _____

Fait le ____ / ____ / ____ **à** _____

Cachet du médecin

Signature