



DOSSIER D'ADMISSION

CENTRE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

« BEAUREGARD »

359 Avenue de la Banque à Genêts
LA GLACERIE

50470 CHERBOURG EN COTENTIN

☎ 02 33 44 16 25 Fax 02 33 44 67 33

Mail : ssra.beauregard@fbs50.fr

DEMANDE D'ADMISSION PRESENTEE PAR

Etablissement adresseur :

Docteur :

Téléphone :

Travailleur social :

Téléphone :

Email :

POUR VOTRE HOSPITALISATION, IL EST NECESSAIRE D'APPORTER :

- **Carte vitale** ou **attestation de droits**
- **Carte d'identité**
- **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...).



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
- 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.

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 (Fournir une attestation d'hébergement)

☐ Sans domicile fixe ☐ Foyer (Fournir une attestation d'hébergement)

Nombre de personnes vivant dans le logement :²

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

MESURE DE PROTECTION

☐ Plein droit

☐ Curatelle simple

☐ Curatelle renforcée

☐ Tutelle

Nom de l'organisme chargé de la mesure :

Nom du mandataire judiciaire :

Adresse postale :

.....

Téléphone :

RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

Inscrit à Pôle Emploi

☐ oui

☐ non

Histoire professionnelle :

Niveau d'études : Profession :

Métiers exercés :

.....

.....

Arrêt de travail : ☐ oui

☐ non

Exposé social de la situation / Projet de sortie / Relais après le séjour

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MERCI DE JOINDRE LA LETTRE DE MOTIVATION DU PATIENT

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

A compléter impérativement par un Médecin

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

Dossier d'admission à envoyer soit par courrier, mail ou fax.

359 Avenue de la Banque à Genêts
LA GLACERIE
50470 CHERBOURG EN COTENTIN

Fax 02 33 44 67 33

Mail : ssra.beauregard@fbs50.fr