

Madame, Monsieur,

Vous avez décidé de faire une demande d'admission dans notre établissement et nous vous en remercions.

Le centre « Les Euménides » propose une étape dans le parcours de soin à toute personne ayant une addiction aux substances psychoactives (alcool, drogues, médicaments).

Une équipe pluridisciplinaire vous accompagne durant ce séjour pour un projet de soins personnalisé, dans le cadre d'une prise en charge globale (individuelle et de groupe).

Pour constituer ce dossier, nous vous remercions de remplir et de nous retourner les documents suivants :

- Lettre de préparation au séjour,
- Fiche de renseignements socioprofessionnels,
- Les règles de fonctionnement signées
- Copies des cartes de sécurité sociale et de mutuelle

Veuillez-vous assurer que votre médecin nous adresse les renseignements concernant votre état de santé grâce à la fiche de demande médicale d'admission.

L'étude de votre dossier sera complétée par un entretien téléphonique, et éventuellement une visite du centre, afin de nous assurer de l'adéquation entre vos attentes et nos prestations de soins.

Merci de nous indiquer, sur la lettre de préparation au séjour, votre adresse et vos coordonnées téléphoniques pour vous joindre.

Vous trouverez en pièces jointes le livret d'accueil et les règles de fonctionnement à lire attentivement.

La décision de vous accueillir ainsi que la date d'admission vous seront communiquées le plus rapidement possible. Lors de votre admission au centre, il est souhaitable que vous ne soyez ni alcoolisé, ni sous l'emprise de drogues. La dépendance physique est une contre-indication à l'admission, vous devez être sevré.

Des rencontres adressées à votre entourage et animées par des professionnels de notre structure sont proposées selon les modalités de la plaquette jointe.

Possibilité de joindre le bureau des admissions le mardi et le vendredi de 9h00 à 17h00 au **02.41.73.46.00**.

L'équipe soignante

Pour votre séjour, vous aurez besoin de :

- Une tenue de sport appropriée
- Des chaussures de sport, de marche
- Nécessaire obligatoire pour balnéothérapie : maillot de bain, drap de bain, bonnet de bain, claquettes
- Un petit cadenas
- Un cahier
- Un nécessaire de toilette (serviettes de toilette, produits d'hygiène)
- Vêtement de pluie

Pour toutes activités s'effectuant sur un tapis, vous devrez vous munir d'un grand drap de bain (balnéothérapie, psychomotricité, relaxation...)

Merci d'apporter votre carnet de santé et carnet de vaccinations.

Prévoir un mode de paiement si vous souhaitez louer la télévision (selon le contrat, la mutuelle prend parfois en charge ces frais).

Penser également à de la monnaie pour les distributeurs de boisson.

L'équipe soignante

FICHE DE DEMANDE MEDICALE D'ADMISSION

ETABLISSEMENT DEMANDEUR :

DATE DE LA DEMANDE : DATE D'ENTREE SOUHAITEE :

PATIENT

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Date de naissance :

SITUATION MEDICALE

Histoire clinique résumée, diagnostic et autres renseignements utiles pour la prise en charge :

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

Substances et/ ou comportements :

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

Ancienneté de l'addiction :

.....
.....

Eléments de sévérité (médicaux, sociaux, professionnels) :

.....
.....

Patient demandeur de soins spécifiques :

.....
.....

Sevrage déjà tenté :

.....
.....

Autres informations :

.....
.....

FICHE DE DEMANDE MEDICALE D'ADMISSION SUITE

Patient stabilisé :

.....

Antécédents, médicaux, chirurgicaux :

.....

Comorbidités actives :

.....

Le patient est-il connu par une équipe pluridisciplinaire ? :

.....

TRAITEMENT

Traitement prévisible à poursuivre :

| Traitement | Posologie | Observation |
|------------|-----------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Demande effectuée par (nom et fonction), date & signature :

Lettre de préparation au séjour en SSRA

Afin de mieux vous connaître, nous vous demandons de nous adresser cette lettre.

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

1. Précisez ce qui vous semble important, en lien avec votre dépendance, dans votre parcours de vie (age première consommation, effets recherchés, début de la dépendance, évènements ...) et dans votre parcours de soin (post-cure, suivi addictologique...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vos consommations :

| | Actuelles | Antérieures |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| Alcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tabac | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Médicaments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cocaïne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Opiacé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amphétamines | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cannabis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Lettre de préparation au séjour en SSRA (suite)

2. Avez-vous des personnes sur lesquelles vous pensez pouvoir compter ? Que souhaiteriez-vous évoquer de celles-ci ?

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

3. En quoi ce séjour est-il important aujourd'hui ?

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

4. Qu'est-ce que vous souhaiteriez de différent dans l'avenir ?

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

5. Avez-vous actuellement des centres d'intérêt (Loisirs, sport, cinéma, lecture, etc.) ?

Si OUI, lesquels ?

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

Si non, En avez-vous eu par le passé ?

.....
.....

6. Quelle est la durée du séjour que vous estimez nécessaire ?

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

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SOCIO-PROFESSIONNELS

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

.....



Existe-t-il un suivi social et/ou éducatif ?

Oui Non

Si oui, nom, fonction et coordonnées de la personne qui assure ce suivi :

.....

.....

Etes-vous sous :

Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Demande en cours Non

Nom du tuteur ou curateur..... Coordonnées.....

MODE DE VIE – SITUATION FAMILIALE

Célibataire En couple Veuf(ve)

Nombre d'enfants : Age des enfants :ans /ans /ans /ans /ans

Nombre d'enfants à charge : Vivant avec vous : Autre situation :

Relations familiales :

Coopérantes avec qui

Absentes avec qui.....

Conflictuelles avec qui.....

Notre programme thérapeutique s'appuie sur vos ressources ainsi que celle de votre famille, vos amis et vos proches. Merci de nous indiquer, si vous le souhaitez, des personnes qui peuvent vous accompagner dans votre démarche :

Nom Prénom..... Lien de parenté.....

Nom Prénom..... Lien de parenté.....

Nom Prénom..... Lien de parenté.....

Avez-vous des contacts avec un mouvement d'entraide ?

Oui actuellement Oui dans le passé Non

Si oui, lequel ?.....

SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Niveau d'études collège/lycée CAP/BEP baccalauréat bac + 2 plus de bac +2

Profession.....

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SOCIOPROFESSIONNELS SUITE

Vous avez une activité professionnelle :

Emploi occupé
En arrêt de travail date de début de l'arrêt.....

Vous n'avez pas d'activité professionnelle :

En recherche d'emploi retraité RSA
Allocation adulte handicapé Invalidité
Ressources provenant d'un tiers
Autre , à préciser.....
Avez-vous un dossier déposé à la banque de France (surendettement)

SITUATION JUDICIAIRE

Etes-vous soumis à des contraintes particulières au niveau de la justice ? Oui Non
Si oui, de quelle nature :
Obligation de soins Injonction de soins
Attente d'un jugement Attente de mesures d'incarcération

Nom de votre référent SPIP s'il y a lieu :

LOGEMENT

Propriétaire Locataire Sans domicile fixe
Dans la famille Chez des amis
En structure collective laquelle
Autre
Si vous êtes sans domicile fixe, quelles démarches avez-vous engagées pour un logement et/ou un hébergement à la sortie du centre ?
Une personne vous accompagne-t-elle dans ces démarches ?
Si oui, Nom, Fonction et coordonnées de la personne qui assure ce suivi :
.....
.....

REGLES DE FONCTIONNEMENT

Dans le cadre de votre parcours de soins, vous avez été admis en soins de suite spécialisé dans les affections liées aux conduites addictives pour des soins en lien avec une consommation de substances psycho actives (alcool, médicaments et/ou autres drogues).

L'équipe est là pour vous accompagner dans votre démarche de soins.

Vous vous engagez à respecter les règles de fonctionnement de notre établissement.

A votre arrivée

Le stationnement de votre véhicule se fera sur le parking visiteurs qui se situe à l'entrée de l'établissement.

La direction décline toute responsabilité en cas de dégradation, vol de votre véhicule.

Au niveau de vos effets personnels, il vous sera demandé de remettre au personnel soignant les médicaments, les objets dangereux (ciseaux, couteaux, cutter...).

L'établissement décline toute responsabilité en cas de vol d'argent et d'objets personnels.

Au cours du séjour

- *Respect des horaires, des lieux et des personnes*

Une tenue vestimentaire décente marquera votre considération pour le personnel et les autres personnes hospitalisées.

Vous devez veiller au maintien d'une attitude correcte (comportement, gestes, paroles ...) vis-à-vis des autres patients, du personnel de l'établissement et à vous exprimer sans agressivité physique et/ou verbale.

L'existence de relation conflictuelle entre patients accompagnés simultanément peut mettre en question la poursuite des soins si ce conflit met en difficulté la cohérence du groupe.

L'utilisation de votre téléphone portable est limitée : nous vous demandons de l'éteindre durant les entretiens, les activités et durant les repas.

Après 22 heures, le son de votre téléviseur doit être réduit à un niveau acceptable pour le confort vos voisins de chambre.

Dans la journée, l'accès aux autres chambres est possible avec l'autorisation de son occupant mais il est interdit à partir de 22 heures.

Les relations sexuelles sont interdites dans l'enceinte de l'établissement (locaux + parc).

Il vous est demandé de respecter les horaires et la durée des activités liées à votre programme de soins et des repas.

Vous n'avez pas accès aux locaux « privés » de l'établissement :

- les cuisines,
- la lingerie,
- le parking du personnel,
- les bureaux,
- les vestiaires,
- la buanderie.

Aucune dégradation des locaux n'est permise. Toute dégradation volontaire ou disparition est soumise à dédommagement de votre part.

Par mesure d'hygiène, il est interdit de conserver des denrées périssables dans votre chambre. Les animaux ne sont pas acceptés dans l'établissement.

Pour vivre dans un environnement agréable, vous veillerez à ce que votre chambre reste propre et à ce que votre lit soit fait chaque jour. Pour ce faire un chariot de ménage est mis à votre disposition dans un local qui lui est destiné et qui vous sera indiqué dès votre arrivée.

De même, il vous sera demandé de porter une attention particulière au rangement et à la propreté des salles d'activité et de la salle de vie.

- *Planification du temps*

REGLES DE FONCTIONNEMENT SUITE

Les Autorisations de sorties

Après 8 jours de présence, vous pouvez, si vous souhaitez demander l'autorisation, sortir de l'établissement :

- le mercredi de 13h30 à 17h30
- le samedi ou le dimanche de 9h00 à 20h00

Après 14 jours de présence :

- le mercredi de 13h30 à 17h30
- du samedi 9h00 au dimanche 20h00.

La demande est soumise à un accord médical et formulée par vos soins 48 heures à l'avance.

A votre départ et lors de votre retour, vous devez vous présenter à l'infirmerie.

En cas de retard, nous vous demandons de prévenir l'équipe au numéro suivant : 02 41 73 45 76

L'entourage

Vos familles, vos amis et votre entourage peuvent vous rendre visite avec votre accord, en respectant les temps de repas.

Les visites s'organisent ainsi : sur temps libre de 17h00 à 20 h00 en semaine et les week-ends de 11h00 à 20h00.

Un groupe entourage est réalisé tous les 1^{ers} jeudis du mois dans les locaux d'Angers à 18h30. Nous proposons aux proches d'échanger avec d'autres personnes sur leur vécu. Un courrier d'information est envoyé systématiquement à la personne de confiance que vous nous désignez à votre entrée. Vous pouvez également prévenir votre entourage directement en utilisant la plaquette mise à votre disposition.

Les substances psycho actives

Sont interdits dans l'établissement :

- l'introduction et/ou la consommation de toute boisson alcoolisée (alcool alimentaire ou non alimentaire)
- l'introduction et/ou la consommation de tout produit illicite (y compris le cannabis)
- l'introduction et/ou la consommation de médicaments hors prescription médicale.

A tout moment de votre séjour, l'équipe du centre peut réaliser un inventaire de vos effets personnels en votre présence.

En référence à la loi du 15/11/2010, il est interdit de fumer dans les lieux à usage collectif (chambre comprise).

Nous pouvons être amenés à vous solliciter pour souffler dans l'éthylomètre et/ou prélèvements biologiques à tout moment de votre séjour. Un refus de votre part est considéré comme un non-respect des règles de fonctionnement. Toute substance psychoactive retrouvée dans l'enceinte de l'établissement sera détruite.

La transgression de ce règlement et/ou de ces interdits entraînera une décision de l'équipe soignante quant à la prise en charge de vos soins et vous expose à une contractualisation voir une rupture de soins.

La Direction et le Président de la CME

REGLES DE FONCTIONNEMENT SUITE

ENGAGEMENT

Je soussigné(e) :

déclare avoir lu et compris les règles de fonctionnement du centre médical du Chillon, service les Euménides et accepte de m'y conformer pour la durée du séjour.

J'ai bien compris que la transgression de ce règlement m'expose à une contractualisation voir une rupture de soins.

Le

Signature