

CONTRAT DE SOINS

Madame, Monsieur,

Nom, Prénom : _____

1. Votre hospitalisation

Vous avez choisi le Centre de Soins de Suite et de Réadaptation spécialisé en addictologie l'Escale pour continuer vos soins.

Vous êtes hospitalisé à temps partiel de jour à compter du : _____

Votre médecin référent : _____ Votre infirmier référent : _____

La durée de votre hospitalisation est de 3 mois. Elle peut être renouvelée si votre état de santé le nécessite et selon votre Projet de Soins Personnalisé (PSP).

Votre prise en charge vise à consolider l'abstinence, prévenir la rechute et les risques liés à la consommation. Elle s'articule autour de trois axes :

- Prise en charge médicale,
- Suivi psychologique,
- Aide à la réadaptation sociale.

Vos objectifs spécifiques sont :

-
-
-

2. Nos engagements

L'équipe s'engage à assurer :

- un suivi individuel médical, psychologique et social.
- des ateliers collectifs axés sur les soins addictologiques, la qualité de vie et la réadaptation sociale.
- le respect du secret médical partagé entre tous les membres de l'équipe soignante.

Pour ce faire, vos consultations, entretiens et le rythme de vos venues hebdomadaires au Centre de jour SSR L'Escale sont contractualisés avec votre médecin référent et programmés dans votre agenda d'hospitalisation (remis avec votre courrier de convocation), cela comprend :

- une évaluation initiale,
- un planning hebdomadaire de vos venues aux ateliers thérapeutiques,
- des réunions de synthèse :
 - o A 1 mois visant à élaborer votre Projet de Soins Personnalisé,
 - o A 3 mois visant à évaluer votre Projet de Soins Personnalisé et définir le renouvellement de contrat de soins,
 - o A la fin de votre hospitalisation visant à vous accompagner sur votre projet de sortie

Votre Projet de Soins Personnalisé fera l'objet de modifications et/ou évolutions qui seront notifiées dans votre dossier médical.

Fin de prise en charge

Le médecin référent pourra décider à tout moment d'une réorientation au regard de l'évolution de votre état de santé.

Le non-respect du règlement intérieur peut amener à la rupture de votre contrat de soins.

En annexe de ce contrat, nous vous demandons de renseigner la fiche de transmissions d'information médicale. Ce document nous autorise ou non, selon votre choix, à transmettre des courriers de liaison à vos autres médecins référents.

3. Vos engagements

Vous êtes autonome dans la prise de votre traitement durant la journée. Votre traitement ne pourra pas être dispensé par nos soins en cas d'oubli.

Vous vous engagez à :

- participer à l'accomplissement de votre Projet Personnalisé de Soins
- respecter de façon assidue votre agenda d'hospitalisation
- respecter le règlement intérieur de l'établissement

Rennes, le _____

Votre signature

Signature de votre médecin référent

Mme, M. _____

Dr _____