



CENTRE DE SOINS EN ADDICTOLOGIE

**Place du Pré Commun
48500 LA CANOURGUE**

Tél : 04 66 42 56 56

Fax : 04 66 32 90 64

Email : contact@maison-sainte-marie.fr

Site : www.maison-sainte-marie.fr

**Soins de Suite et de Réadaptation
Alcoologie – Addictologie**

Pour Femmes

&

Femmes avec Enfants (6 mois à 6 ans)

DOSSIER D'ADMISSION

A réception du dossier complet, celui-ci sera étudié lors d'une commission d'admission qui a lieu tous les lundis. Après acceptation du dossier, nous vous proposerons une date d'entrée.

Concernant la durée du séjour, l'établissement propose un séjour type de **8 semaines** qui permet à la patiente de participer à l'ensemble du programme thérapeutique.

Un séjour d'une durée plus courte (6 semaines) peut être proposé en fonction de la situation personnelle de la patiente, de ses besoins et de son parcours de soins.

Cette durée est à préciser sur la fiche médicale du dossier (page 6).

Les personnes suivantes peuvent être contactées :

| | | | |
|--------------------|----------------------------------|---|----------------|
| Directrice | <i>Mme BLANC Marie-Christine</i> | } | 04 66 42 56 56 |
| Assistante Sociale | <i>Mme GOLLIARD Anne</i> | | |
| Médecin | <i>Dr BOYER Régis</i> | | |
| Pédopsychiatre | <i>Dr FOUISSAC Alain</i> | | |
| Service infirmier | | | 04 66 42 56 55 |

Pièces à joindre impérativement à votre dossier

L'attestation des droits de sécurité sociale actualisée

La carte mutuelle recto-verso ou L'attestation de droits CMU

Si 100% : protocole de soins

Copie Pièce d'identité

Lettre de motivation

Bilans sanguins

Si dossier avec enfant : carnet de santé – extrait de jugement en cas de divorce – si l'enfant est scolarisé, le jour de l'admission un certificat de radiation temporaire ainsi qu'une attestation d'assurance scolaire.

Fiche Administrative

Fiche d'identité

Nom usuel : Prénom :
Nom de jeune fille :
Date de naissance :/...../..... Âge :
Situation familiale : Mariée Célibataire Concubinage Séparée Divorcée Veuve
Adresse actuelle :
.....
.....
Mail : Tél :

Avez-vous déjà effectué un séjour dans notre établissement

oui non Si oui préciser le nombre : Année(s) :/...../...../.....

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom Prénom :
Lien avec la personne hospitalisée : Tél :

Caisse d'affiliation

Numéro de sécurité sociale : . / . . / . . / . . / . . / . . / . . / . .

Droits ouverts du : au : N° du Centre :

Nom et adresse de la caisse :
.....
.....

Si la personne hospitalisée n'est pas l'assurée : . / . . / . . / . . / . . / . . / . .

Nom prénom de l'assuré(e) : Lien de parenté :

100% ALD : oui non si oui : joindre le protocole de soins (si en rapport avec hospitalisation)

CMU : oui non droits jusqu'au :

MUTUELLE : oui non si oui : Coordonnées et adresse :
.....
.....

Fiche Enfant(s)

La patiente sera-t-elle accompagnée de son ou ses enfant(s) ?

→ Oui → non Nombre :

Enfant 1 :

NOM :

Prénom :

Date de naissance : âge :

Scolarité pendant le séjour : → OUI → NON

Choix de l'école :

→ Ecole Publique

→ Ecole privée

Préciser la classe :

Enfant 2 :

NOM :

Prénom :

Date de naissance : âge :

Scolarité pendant le séjour : → OUI → NON

Choix de l'école :

→ Ecole Publique

→ Ecole privée

Préciser la classe :

Pour la scolarité : certificat de radiation temporaire de scolarité ainsi attestation d'assurance scolaire

Informations concernant l'enfant (1) accompagnant la mère

Nom : Prénom : Age :

Préciser s'il y a des éléments particuliers concernant la santé de l'enfant :

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

Informations concernant l'enfant (2) accompagnant la mère

Nom : Prénom : Age :

Préciser s'il y a des éléments particuliers concernant la santé de l'enfant :

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

Fiche Sociale

Nom de la patiente : Prénom :

Situation familiale :

Nombre d'enfant(s) :

(si séparation ou divorce joindre la copie du droit de garde et hébergement de chacun des parents)

Situation professionnelle actuelle

↪ Exerce un emploi actuellement (préciser) :

↪ N'exerce pas d'emploi actuellement : préciser depuis quelle date :

Ressources actuelles

↪ Salaire :€

↪ Allocation chômage :€

↪ Indemnités journalières (CPAM) :€

↪ Pension d'invalidité :€

↪ AAH :€

↪ RSA :€

↪ Retraite :€

↪ Ressources non régularisées à ce jour :

Préciser :

.....

Logement actuel

↪ Propriétaire ↪ Locataire

↪ Hébergée (préciser) : ↪ Famille ↪ Amis Nom et adresse :

.....

.....

↪ Sans domicile, préciser les démarches en cours :

.....

.....

.....

→ CHRS : adresse

.....

.....

En l'absence d'hébergement, un projet de réinsertion devra être finalisé avant l'admission dans l'établissement

Logement à la sortie du post-cure

→ Retour au domicile

→ Changement d'adresse (préciser) :

.....

.....

→ CHRS (adresse) :

.....

.....

→ Appartement thérapeutique (adresse) :

.....

Suivi social ou éducatif

→ Assistante Sociale → CESF → Educateur Spécialisé → Autre :

Nom prénom

N° de téléphone :

.....

Nom prénom

N° de téléphone :

.....

Mesures en cours
(joindre la copie du jugement)

→ AEMO administrative depuis le :

→ AEMO Judiciaire depuis le :

→ Autre : depuis le :

→ Mesure de protection aux majeurs : → MASP → curatelle → tutelle coordonnées → Autres

Nom prénom délégué de tutelle

Adresse :

N° de téléphone :

.....

Observations complémentaires

Fiche Médicale

Nom de la patiente :

Prénom :

Age :

Cette fiche doit être remplie par un médecin. Toutes les rubriques doivent être complétées, à défaut le dossier ne sera pas vu en Commission d'Admission.

Médecin Prescripteur

Nom et Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone : Fax :

Adresse mail :

Cachet Obligatoire du médecin prescripteur :

Date :

SIGNATURE :

Médecin désigné par la patiente (Médecin traitant)

Nom et Prénom :

Adresse :

..... Numéro de téléphone :

Durée du séjour

8 semaines

Autres : 6 semaines

Indications Thérapeutiques :

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

Sevrage hospitalier à effectuer avant l'entrée en Postcure à La Canourgue

Dates :

Adresse du Centre hospitalier :

Nom du Nom du médecin :

Nom du service : Tel :

Renseignements médicaux complémentaires

Age :

Taille :

Poids :

Antécédents médicaux

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

Antécédents Chirurgicaux

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

Antécédents psychiatriques

.....
.....

Risque Suicidaire : oui non

Antécédents de toxicomanie

.....
.....

Autonomie

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Manger et boire | <input type="checkbox"/> seule | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Se laver | <input type="checkbox"/> seule | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Se vêtir | <input type="checkbox"/> seule | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Capacité à se déplacer | <input type="checkbox"/> seule | <input type="checkbox"/> avec aide |
| Monter les escaliers | <input type="checkbox"/> seule | <input type="checkbox"/> avec aide |

Aptitudes aux activités physiques et sportives oui non

Allergies : médicamenteuses préciser :
 Alimentaires préciser :
 Aucunes

Suivi actuel

La patiente est-elle suivie régulièrement :

par un psychiatre oui non

Nom : Prénom :

Adresse :

..... Tel :

Par un psychologue oui non

Nom : Prénom :

Adresse :

..... Tel :

Antécédents Addictions

oui non

Si oui : Produits : Année :

Hospitalisations et cures antérieures (Préciser dates et lieux)

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

Bilan sanguin récent à fournir

NFS-Taux de Prothrombine – TGO – TGP - Gamma GT – Glycémie – Bilan Ionique
SEROLOGIE : VHB-VHC-HIV

Traitement actuel

(tout traitement devra être justifié par une ordonnance récente et tout traitement de médecine générale devra être fourni)

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

Traitement de Substitution : non oui (joindre obligatoirement l'ordonnance)

ACCES A LA MAISON SAINTE MARIE

Accès autoroute : A75 sortie 40

Accès SCNF : Gare (Banassac-La Canourgue / Mende/ Séverac Le Château)

Accès Aéroport : Rodez



