

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE DU CLOS SAINT MICHEL :

Hospitalisation complète ☐

Hôpital de jour ☐

DEMANDEUR

| | |
|----------------------|----------------------------|
| Nom : | Prénom : |
| Fonction : | Établissement : |
| Tel : | Courriel : |
| Adresse : | |
| Date de la demande : | Date admission envisagée : |

PATIENT

| | | |
|-----------------------------|---------------|-------|
| Nom de naissance : | Nom utilisé : | |
| Prénom : | Nationalité : | |
| Date et lieu de naissance : | | |
| N° Portable : | E-mail : | |
| Adresse : | CP : | Ville |

Voici les éléments impératifs que doit comporter votre dossier complet :

- ☐ Dossier complété en intégralité
- ☐ Volet médical rempli par le médecin appuyant la demande
- ☐ Lettre de motivation du patient **(non concerné si admission en HDJ)**
- ☐ Compte rendu d'hospitalisation et bilan biologique de moins de deux mois **(non concerné si admission en HDJ)**
- ☐ Copie de votre attestation de prise en charge par la sécurité sociale de moins de 2 mois et attestation mutuelle valide (recto-verso)
- ☐ Carte nationale d'identité ou passeport ou carte de séjour

IMPORTANT : Aucune admission ne pourra se faire en l'absence d'une pièce d'identité valide

Les demandes d'admissions peuvent se faire via :

- **E-mails :**
 - admission@cliniquecstm.fr
- **Courrier :** 4 Promenade Sœur Gabrielle, 94550 Chevilly-Larue



1. OBJECTIFS DU SÉJOUR

| | Hospitalisation complète | Hôpital de jour |
|----------------------------------|--------------------------|-----------------|
| Objectifs prioritaires du séjour | | |

2. SITUATION ADDICTOLOGIQUE ACTUELLE

| | Problématique et quantité | Démarche de changement | |
|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Oui | Non |
| Alcool | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tabac | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cannabis | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| THC cannabinoïdes de synthèse | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cocaïne | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GHB, GBL | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nouveaux produits de synthèse : 3MMC, 4MEC... | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Opiacés | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Benzodiazépines | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Addictions comportementales | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres (préciser) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Type de sevrage : ☐ ambulatoire ☐ hospitalier



3. ANTÉCÉDENTS

a) ADDICTOLOGIQUES

- Hospitalisations (dates, lieux et indications) **joindre les comptes rendus**

b) SOMATIQUES

- Dont antécédents de complications de sevrage : DT, crises comitiales, pathologies cardiovasculaires

c) PSYCHIATRIQUES

- Hospitalisations (dates, lieux et indications) **joindre les comptes rendus**

4. SITUATION CLINIQUE ACTUELLE

d) COMPLICATIONS HÉPATO-DIGESTIVES

Non ☐

Oui préciser ☐ :

e) COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES

Non ☐

Oui préciser ☐ :

f) COMPLICATIONS DIABÈTE

Non ☐

Oui préciser ☐ :

g) AUTRES

- Préciser



h) TRAITEMENT ET SOINS EN COURS

- Médicaments, soins de kinésithérapie, soins de pansement etc.

- **Non concerné si admission en HDJ** : Joindre une copie d'un bilan biologique de moins de deux mois **comportant au minimum : NFS, plaquettes, ionogramme sanguin, créatininémie, bilan hépatique (ALAT, ASAT, GGT)**
- Tous traitements en cours avec posologie (joindre une copie de la dernière ordonnance)

5. ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

| | Autonome | Sur stimulation | Avec aides | Précisions |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| Déplacements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Transferts (se lève, s'assoit et se couche) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Toilettes (se laver, s'habiller) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Alimentation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Élimination (urinaire et fécale) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

6. TROUBLES COGNITIFS (NON CONCERNE SI ADMISSION EN HDJ)

| | Non | Légers | Moyens | Sévères |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Troubles de la mémoire immédiate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles de la mémoire de faits anciens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles de l'orientation temporo-spatiale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fabulations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles des fonctions exécutives (inhibition, capacités d'adaptations, planification) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



7. CORRESPONDANTS

Addictologue : _____

Psychiatre : _____

Psychologue : _____

Médecin traitant : _____

Autres : _____

8. PROJET A LA SORTIE

☐ Retour à domicile

☐ Poursuite parcours addictologique (AT, CTR, CT...)

☐ Projet de vie personnes dépendantes (MAS, FAM, EHPAD...)

☐ Autre : _____

Signature et cachet du médecin



Volet administratif et social



9. COUVERTURE SOCIALE (Joindre obligatoirement l'attestation)

N° SECURITE SOCIALE ou AME : _____ ALD : Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

Nom de la caisse d'assurance maladie : _____

10. MUTUELLE (joindre obligatoirement l'attestation recto-verso)

| | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| Mutuelle <input type="checkbox"/> | Nom de la mutuelle : _____ |
| CSS <input type="checkbox"/> | N° d'adhérent : _____ |
| Aucune <input type="checkbox"/> | Adresse : _____ Tel : _____ |

11. SITUATION SOCIALE

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------------------------|---|---|---|-----------------------------------|--|
| Situation familiale | Célibataire <input type="checkbox"/> | Marié(e) <input type="checkbox"/> | Divorcé(e) <input type="checkbox"/> | Séparé(e) <input type="checkbox"/> | Veuf(ve) <input type="checkbox"/> | Concubinage <input type="checkbox"/> |
| Situation actuelle | En activité <input type="checkbox"/> | Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> | RSA <input type="checkbox"/> | Arrêt de travail <input type="checkbox"/> | | |
| Ressources financières | Salaire <input type="checkbox"/> | Retraite <input type="checkbox"/> | Allocation chômage <input type="checkbox"/> | RSA <input type="checkbox"/> | AAH <input type="checkbox"/> | Sans ressources <input type="checkbox"/> |
| Nombre d'enfant : | | | Nombre d'enfant à charge : | | | |

12. LOGEMENT

| | | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------|--|---|
| Propriétaire <input type="checkbox"/> | Locataire <input type="checkbox"/> | Foyer <input type="checkbox"/> | Sans domicile <input type="checkbox"/> | Expulsion locative <input type="checkbox"/> |
| Hébergé (joindre attestation de reprise à la fin du séjour*) : *Attestation d'hébergement + Justificatif d'identité et de domicile de l'hébergeant | | | | |

13. MESURES DE PROTECTION

| | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|--|--|
| Tutelle <input type="checkbox"/> | Curatelle <input type="checkbox"/> | Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> | Mesure en cours <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------|------------------------------------|--|--|

Nom du représentant légal : _____

Téléphone : _____

14. SUIVI SOCIAL A L'EXTÉRIEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Courriel : _____ Tél : _____

Modalités de prise en charge



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION POUR **L'HOSPITALISATION COMPLETE**

- Vous êtes assuré social

L'établissement est conventionné, la totalité des frais liés à l'hospitalisation est prise en charge par les organismes d'assurance maladie à l'exception :

- Du forfait journalier de 20€ par jour (sauf statuts particuliers : anciens combattants...)
- Du ticket modérateur
- Des suppléments hôteliers (chambres individuelles, repas visiteurs...)

- Vous disposez d'une mutuelle complémentaire ou de la CSS

Les frais non remboursés par les organismes d'assurance maladie seront pris en charge par votre régime complémentaire, en fonction de vos droits restants et des garanties de votre contrat. Nous vous conseillons de vous rapprocher de votre mutuelle pour connaître l'étendue de vos droits et de niveau de prise en charge.

- Vous êtes titulaire d'une attestation ALD 100% (Affection Longue Durée)

En lien avec la pathologie de votre hospitalisation : L'assurance maladie prend en charge l'intégralité de vos frais d'hospitalisation. Cette prise en charge ne concerne pas les frais annexes (forfait journalier).

- Vous n'êtes pas assuré social

Vous devrez régler le montant total du coût de votre hospitalisation.

Possibilité de demander un devis.

À REMPLIR POUR UNE DEMANDE D'HOSPITALISATION COMPLÈTE

Je sollicite,

Une chambre individuelle ☐

Une chambre double ☐

Lors de l'attribution de votre chambre, une caution de 100 euros (en espèces ou en chèque) vous sera demandée, un état des lieux d'entrée sera effectué. Cette caution vous sera restituée selon l'état des lieux de sortie.

Je soussigné(e),

Madame, Monsieur _____ m'engage,

Dans le cas où ma mutuelle ne les prendrait pas en compte, à régler le montant du forfait journalier, et/ou ticket modérateur, et/ou la chambre particulière pour toute la durée de mon séjour à la clinique des Épinettes.

Date : _____ Signature :



J'ai été informé(e) par le personnel soignant médical et paramédical que la posture pour un trouble lié à une substance ou un comportement est une étape importante dans le maintien de l'abstinence, la prévention de la rechute et la réadaptation vers une vie autonome.

Dans ce sens, dès l'arrivée dans cet établissement et pour toute la durée de mon séjour, je m'engage :

- À ne pas apporter avec moi ou introduire de substances psychoactives (alcool, cannabis, cocaïne, opiacés, poppers, CBD...) dans l'établissement
- À ne pas consommer quelconques de ces substances ou de médicaments en dehors de ceux qui me seront prescrits
- À me soumettre à des contrôles inopinés de jour comme de nuit ou à respecter le cadre de vie et le règlement intérieur de l'établissement,
- À ne pas sortir en permission thérapeutique lors du premier week-end d'hospitalisation
- À m'investir et suivre l'ensemble des activités thérapeutiques définies dans le projet de soins
- À manifester de la tolérance pour les autres patients en respectant leurs vulnérabilités par rapport aux substances psychoactives
- À respecter le travail de tout le personnel de l'établissement (médical, paramédical, administratif)

Je prends acte que le non-respect d'un seul de ces points pourrait avoir comme conséquence l'interruption de ma posture et l'exclusion de l'établissement.



Si vous êtes contrôlé positif à votre arrivée, vous ne serez pas admis en séjour

Nom et prénom

Date

Signature



Madame, Monsieur,

Vous faites une demande d'admission à La Clinique du Clos Saint Michel pour continuer votre projet de soins lié à un trouble de l'usage d'une substance ou d'un comportement. Votre travail concernant votre dépendance à une substance ou à un comportement est prévu pour une durée de 6 semaines.

Vous trouverez ci-dessous un rappel des éléments à avoir pour faciliter votre admission

IMPERATIF

- Votre carte d'identité ou passeport ou titre de séjour en cours de validité
- Carte vitale + attestation de droits à jour
- Carte de mutuelle en cours de validité (certaines mutuelles n'acceptent pas les chambres seuls. Les certificats médicaux pour une demande de chambre seul ne sont pas à un motif valable pour y accéder)
- Une caution de 100 euros (chèque ou espèce) obligatoire
- Pour tout règlement de votre séjour nous acceptons (chèque, espèces, virement)

MEDICAL

- Bilan sanguin de moins de 3 mois
- Compte-rendu médicaux et ordonnance en cours
- Bulletin de situation
- Coordonnées du médecin traitant/médecin addictologue

POUR VOTRE CONFORT/FACILITER LE QUOTIDIEN

- Trousse de toilette (rasoir, gel douche, dentifrice, shampoing)
- Prévoir serviettes de toilette
- Vêtements (pour les 10 premiers jours)
- Enveloppe A4 (pour envoi du bulletin de situation à la CPAM)

ACTIVITÉS PHYSIQUES

- Jogging-basket et bouteille/gourde d'eau (pour les activités physiques)

DIVERS AUTORISÉS

- Cigarettes ou cigarettes électronique (pour les 10 premiers jours)
- Monnaie pour distributeur de friandises et de boissons

INTERDITS

- Appareils électroménagers (bouilloire, ventilateur...)
- Aliments périssables
- Parfum contenant de l'alcool
- Objets coupants, tranchants
- Boissons : alcoolisées, dites « sans alcool » et énergisantes
- Produit à base de CBD

Pour information les traitements personnels seront conservés à l'entrée par l'IDE et rendus à la sortie.



Les objets de valeurs (bijoux, ordinateur portable, argent etc...) sont déconseillés et ils sont sous votre responsabilité