

Centre S.M.R. en Addictologie

KAB'S

Centre de Kerpape

100 rue de l'Anse du Stole

56 270 PLOEMEUR

Tél. : **02-97-78-23-00**

kerpape.secretariat-kabs@vyv3.fr

Documents annexes à fournir avec le dossier d'admission :

Dossier médical :

- Comptes rendus d'hospitalisation datant de moins de 2 ans
- Bilans biologiques complets et sérologies virales
- Test MOCA

A l'admission, il est demandé un bulletin de sortie de l'hôpital et un bilan sanguin comportant :

NFS Plaquettes, TP, TGO, TGP, GammaGT, bilan rénal et sérologies Hépatites B, C et HIV.

Merci d'en faire part au service choisi pour le sevrage si vous n'êtes pas en possession de données récentes (à joindre à ce document si vous les avez, s'il vous plaît).

- La dernière ordonnance
- Traitement pour 48 heures

Dossier administratif :

- Carte de mutuelle recto verso ou attestation CSS
- Attestation de sécurité sociale
- Personne de confiance : Oui Non (***document à remplir et signer par la personne de confiance***)
- Directives anticipées (***document à remplir et signer***)
- Copie carte identité ou passeport ou titre de séjour
- Attestation droit présence confidentielle (***document à remplir et signer***)
- Attestation d'hébergement si logé chez un proche
- Conditions particulières d'admission

I – Fiche médicale d'admission

(à compléter par le **médecin** prescripteur du S.M.R.A)

A adresser sous pli cacheté au médecin du Centre : Dr AOUCHICHE Elodie, addictologue
Dr AUBRY Charles, addictologue
Dr KERJEAN Jacqueline, addictologue

NOM du patient : **Prénom :**

Date de naissance : / /

Le patient est admis dans notre centre de postcure uniquement par transfert hospitalier après une cure de sevrage.

Date d'entrée en cure ou sevrage : / / **Date prévue de sortie :** / /

Nom et adresse + tél du service prescripteur :

Nom et adresse + tel du médecin traitant :

Historique des addictions :

Historique des sevrages et post-cures : joindre compte(s) rendu(s) si moins de 2 ans :

Historique d'hospitalisations en psychiatrie : joindre compte(s) rendu(s) :**Autres consommations repérées :**

Tabac	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	démarches de sevrages antérieurs ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Benzodiazépines	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	démarches de sevrages antérieurs ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Cannabis	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	démarches de sevrages antérieurs ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Opiacés	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	démarches de sevrages antérieurs ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Cocaïne	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	démarches de sevrages antérieurs ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Autres :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	démarches de sevrages antérieurs ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

SUIVI Addictologique ? Oui NonSi oui lequel ? (*coordonnées de la ou les structures le cas échéant*) :**Antécédents médicaux :**

Allergie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Pathologie cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Pathologie pulmonaire	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Pathologie rénale	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Diabète	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Type :

Pathologie digestive :

- œsophagienne	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
- hépatite(s) (<i>alcoolique, infectieuse, iatrogène</i>)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
- cirrhose	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
- pancréatite(s)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

Pathologie neurologique :

- polynévrite des membres inférieurs	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	avec difficultés à la marche : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
- épilepsie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
- syndrome cérébelleux	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	avec difficultés à la marche : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Pathologie cancéreuse

Pathologie infectieuse (tuberculose, hépatite C, autre...)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	(joindre derniers courriers des spécialistes consultés)
---	------------------------------	------------------------------	---

Troubles cognitifs

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
------------------------------	------------------------------	-------

- Le patient est-il orienté dans le temps et dans l'espace ?** Non Oui :
 - Y-a-t-il un déclin cognitif ou des troubles mnésiques en lien avec les consommations des produits ?** Non Oui :
 - Si des troubles existent, le patient est-il conscient des troubles ?** Non Oui :
 - Le patient est-il apte à participer à des groupes de parole ?** Non Oui :
 - Y-a-t-il un risque de fugue ?** Non Oui :
- **Tests réalisés ?** Non Oui :
 - MOCA :/30 (**obligatoire**) et/ou BEARNI score total :/30 score cognitif :/22

Merci de joindre tout bilan neuropsychologique effectué pour le(la) patient(e) le cas échéant

- Transfusion : Non Oui Date :

Antécédents gynéco-obstétricaux :

Non Oui

Parité ?

Contraception ?

Antécédents chirurgicaux :

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

Antécédents de tentatives de suicide :

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

SITUATION ACTUELLE

Poids : kilos Taille : m IMC :

Autonomie locomotrice ? Oui Non Périmètre de marche :

Autonomie sphinctérienne :

EVALUATION DE LA DEPENDANCE

(A REMPLIR PAR LE MEDECIN ADRESSEUR)

Le patient est-il autonome dans la vie quotidienne ? (repas, toilette....)

Etat respiratoire				
Etat cutané Support actuel				
Evaluation du risque d'escarre	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Important	
Elimination				
Etat infectieux	<input type="checkbox"/> Porteur de BMR	<input type="checkbox"/> Patient colonisé Précisez le germe :		
Nutrition Régime – Mode- Dépendance				
Evaluation douleur	EVA =			
Traitement - Perfusion – KT central chambre implantable				
Niveau de dépendance Toilette – Habillement				
Mode de déplacement	<input type="checkbox"/> Alité	<input type="checkbox"/> Fauteuil	<input type="checkbox"/> Marche	<input type="checkbox"/> Appareillage
Remarques				
Actions à mettre en œuvre				
Environnement				

TRAITEMENT EN COURS

TSO	Buprénorphine	Méthadone
Dosage		

Psychotropes	Autres

En cas de traitement par Benzodiazépines :

- date de prescription initiale : / /
- motif de prescription :

Pathologie psychiatrique connue traitée Non Oui :

Personnalité :

.....
.....

Votre avis de prescripteur :

.....
.....

Fait à :

Le : / /

Docteur (tampon médecin) :

Merci de joindre à ce dossier en cas de pathologie nécessitant un ou des suivis spécialisés, les noms et adresses des spécialistes que le patient a consultés

Le patient doit arriver avec sa dernière ordonnance (ou ses dernières ordonnances s'il y a plusieurs prescripteurs) et son traitement pour 48 heures, merci de le signaler également au service que vous choisisrez avec le patient pour son sevrage.

QUESTIONNEMENT COVID AVANT ADMISSION
(à remplir par le patient)

Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Avez-vous été testé positif au COVID-19 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui : PCR ou sérologie Date du prélèvement : / /
Avez-vous été en contact prolongé (+ de 15 minutes à moins d'1 mètre) dans les 15 derniers jours avec une personne testée positive au COVID-19 ou en présentant des symptômes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Présentez-vous en ce moment des signes pouvant faire penser au COVID (fièvre, toux, gêne respiratoire, fatigue anormale, perte du goût/odorat...) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, lesquels :

Date de la demande : / /

Origine de la demande

Établissement hospitalier sollicitant l'admission

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tel : Poste :

Médecin prescripteur

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél :

Médecin traitant

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél :

Service social

Nom du travailleur social :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tel :

Joindre un bulletin de sortie à l'admission

Fiche de renseignements sociaux

(à compléter par l'intéressé(e))

I - État civil

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : / /

Lieu :

Nationalité :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone domicile :

Portable :

Mail :

Logement :

Quel est le mode d'hébergement du patient (e) ?

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Locataire | <input type="checkbox"/> Propriétaire | <input type="checkbox"/> Hébergé (famille, amis...) |
| <input type="checkbox"/> Structure collective (<i>préciser</i>) : | | <input type="checkbox"/> Sans domicile |

Projet de relogement envisagé à la sortie du S.M.R.A. :

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

Si suivi social, coordonnées des différents intervenants :

.....
.....

II - Situation familiale

- | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Marié(e) | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) | <input type="checkbox"/> Séparé(e) |
| <input type="checkbox"/> Veuf (ve) | <input type="checkbox"/> Remarié(e) | <input type="checkbox"/> Pacsé(e) | <input type="checkbox"/> Concubinage |

Enfants :

Prénom	Age

En cas de divorce ou de séparation, situation à l'égard des enfants :

- Droit de garde Droit de visite Aucun droit

La garde est organisée pour la durée des soins : Oui Non

III - Ressources

- Salaire Indemnités journalières Pension d'invalidité
 RSA A.A.H Pension de retraite
 Autre (précisez la nature) :

Si vous avez une activité professionnelle ou vous êtes demandeur d'emploi vous pouvez demander un arrêt de travail à votre admission.

Mesure de protection

- Oui : coordonnées de l'organisme ou de la personne mandatée :

.....
.....

- Non

IV - Divers

Personne à prévenir : personne majeure (en cas d'évènement administratif et sans opposition de votre part) :

NOM :

Prénom :

Lien de parenté :

N° de tél. :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Votre motivation

(à compléter par l'intéressé(e))

> Pouvez-vous expliquer pourquoi vous souhaitez être admis en S.M.R.A. ?

> A la lecture de la plaquette de présentation de notre centre de S.M.R.A., quels sont le ou les éléments qui vous intéressent particulièrement ?

➤ Qu'est-ce que vous envisagez à la sortie ?

LA PERSONNE DE CONFIANCE

Toute personne majeure, peut désigner une personne de confiance (parent proche, médecin traitant...). Cette désignation est faite par écrit pour toute la durée de l'hospitalisation. Elle est révocable à tout moment.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance peut l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

La personne de confiance ne se substitue pas au patient et ne peut avoir accès au dossier médical.

La personne de confiance doit refléter la volonté du patient et il est donc important de désigner quelqu'un capable d'indiquer ses souhaits le moment venu.

La personne de confiance sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté ou de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

La personne de confiance peut être différente de la personne à prévenir qui elle, est contactée en cas d'événement particulier au cours du séjour, d'ordre organisationnel ou administratif (transfert, sortie...).

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e), Nom Prénom(s) :

Né (e) le :

à (ville) :

Je souhaite désigner comme personne de confiance

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Nom Prénom(s) :

Né (e) le :

Lien avec le patient :

Domicilié(e) :

Téléphone :

Fait à :

Le :

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

La personne de confiance ne peut contre signer le document : le patient doit alors cocher la case ci-après sur le formulaire de désignation.

« J'ai prévenu la personne de confiance qu'elle était désignée et elle m'a donné son accord pour remplir cette mission ».



Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

DIRECTIVES ANTICIPÉES

Toute personne majeure peut rédiger ses directives anticipées (DA) : instructions écrites qui permettent à toute personne majeure d'exprimer « sa volonté relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux », « pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté ».

Les DA doivent être rédigées alors que vous êtes en capacité d'exprimer votre volonté, et il n'est pas nécessaire d'être malade ou âgé pour anticiper les conditions que l'on souhaite pour sa fin de vie.

Elles sont valables sans limite dans le temps et vous pouvez les modifier ou les annuler à tout moment.

Si vous êtes dans l'incapacité de les écrire vous-même, vous pouvez faire appel à 2 témoins (dont votre personne de confiance) qui attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée.

DÉCLARATION DE L'EXISTENCE DE DIRECTIVES ANTICIPÉES

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de la vie permet à toute personne majeure de rédiger des directives anticipées.

Avez-vous rédigé des directives anticipées ?

oui non

Avez vous informé vos proches de l'existence de vos directives anticipées ?

oui non

Avez vous informé vos proches du lieu où elles sont déposées ?

oui non

Fait à :

Le :

Signature du patient :

Patient

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

ATTESTATION DROIT PRÉSENCE CONFIDENTIELLE

PENDANT LE SÉJOUR :

- Toutes les personnes de mon entourage qui souhaitent communiquer avec moi seront informées de ma présence dans l'établissement.
- Je veux garder ma présence confidentielle sur mon séjour pour les personnes suivantes :

Nom-Prénom	Lien de parenté

Fait le :/...../.....

Signature :

A :

APRÈS LE SÉJOUR :

Est-ce que vous nous autorisez à donner l'information que vous n'êtes plus dans notre établissement une fois sorti définitivement ?

- Oui
- Non

Si modification pendant le séjour, merci de nous en informer.

Fait le :/...../.....

Signature :

A :

VOS CONDITIONS PARTICULIERES D'ADMISSION

KABS' (Kerpace Addictologie Bretagne Sud)

Nous vous souhaitons la bienvenue dans le service hospitalier où vous allez être hospitalisé.

- * Pour une hospitalisation complète, souhaitez-vous une **chambre seule** ?

Oui Non

Nous nous efforcerons de prendre en considération vos souhaits quant aux choix de la chambre, ceci dans la mesure des possibilités du moment.

- * Si oui, avez-vous une **prise en charge du supplément** :

- de 39€ par jour, pour les patients adhérents à la Mutualité Fonction Publique (*selon la liste consultable au bureau des entrées*)
- de 50€ par jour, pour les autres patients

En totalité Partiellement Pas du tout

- * Avez-vous une prise en charge du **forfait journalier hospitalier** par votre mutuelle ou assurance ?

En totalité Partiellement Pas du tout

- * Désirez-vous **internet** ? Oui Non

(cette prestation vous sera facturée 1€ par jour ou 20€ par mois)

Souhaits particuliers :

.....

Je soussigné(e) M avoir pris connaissance des conditions de mon admission.

Votre numéro de chambre :

Fait à le

Signature :

Patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Age : ans

FICHE AVIS ADMISSION

- Précédent séjour : nombre : Date :/...../.....
 Séjour rappel Séjour 3 mois ou plus

	Oui	Non	Observations	Avis	Signature
Administratif			<input type="checkbox"/> Carte d'identité <input type="checkbox"/> Attestation droits <input type="checkbox"/> Carte mutuelle <input type="checkbox"/> CSS <input type="checkbox"/> Conditions particulières d'admission <input type="checkbox"/> Personne de confiance <input type="checkbox"/> Directives anticipées <input type="checkbox"/> Présence confidentielle		
Médical					
Social					
Infirmiers					
Psychologues					
Cadre de santé					

Date entrée programmée	Date :/...../..... Horaire : h..... Lieu sevrage : Date sevrage :/...../.....	Date entretien préadmission	Date :/...../..... Horaire psychologue : h..... Horaire cadre : h.....
-------------------------------	--	------------------------------------	--

Nom mutuelle :

Numéro téléphone :

 Dossier HM créé Dossier aXigate créé