

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 plait).**

- ☐ 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	☐ Non	☐ Oui	démarches de sevrages antérieurs ?	☐ Non	☐ Oui
Benzodiazépines	☐ Non	☐ Oui	démarches de sevrages antérieurs ?	☐ Non	☐ Oui
Cannabis	☐ Non	☐ Oui	démarches de sevrages antérieurs ?	☐ Non	☐ Oui
Opiacés	☐ Non	☐ Oui	démarches de sevrages antérieurs ?	☐ Non	☐ Oui
Cocaïne	☐ Non	☐ Oui	démarches de sevrages antérieurs ?	☐ Non	☐ Oui
Autres :	☐ Non	☐ Oui	démarches de sevrages antérieurs ?	☐ Non	☐ Oui

SUIVI Addictologique ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui lequel ? (*coordonnées de la ou les structures le cas échéant*) :
.....

Antécédents médicaux :

Allergie	☐ Non	☐ Oui	
Pathologie cardiovasculaire	☐ Non	☐ Oui	
Pathologie pulmonaire	☐ Non	☐ Oui	
Pathologie rénale	☐ Non	☐ Oui	
Diabète	☐ Non	☐ Oui	Type :
Pathologie digestive :			
- œsophagienne	☐ Non	☐ Oui	
- hépatite(s) (<i>alcoolique, infectieuse, iatrogène</i>)	☐ Non	☐ Oui	
- cirrhose	☐ Non	☐ Oui	
- pancréatite(s)	☐ Non	☐ Oui	
Pathologie neurologique :			
- polynévrite des membres inférieurs	☐ Non	☐ Oui	avec difficultés à la marche : ☐ Non ☐ Oui
- épilepsie	☐ Non	☐ Oui	
- syndrome cérébelleux	☐ Non	☐ Oui	avec difficultés à la marche : ☐ Non ☐ Oui
Pathologie cancéreuse	☐ Non	☐ Oui	
Pathologie infectieuse (<i>tuberculose, hépatite C, autre...</i>)	☐ Non	☐ Oui	(<i>joindre derniers courriers des spécialistes consultés</i>)
Troubles cognitifs	☐ Non	☐ 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	☐ Faible ☐ Moyen ☐ Important
Elimination	
Etat infectieux	☐ Porteur de BMR ☐ Patient colonisé Précisez le germe :
Nutrition Régime – Mode- Dépendance	
Evaluation douleur	EVA =
Traitement - Perfusion – KT central chambre implantable	
Niveau de dépendance Toilette – Habillage	
Mode de déplacement	☐ Alité ☐ Fauteuil ☐ Marche ☐ 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 choisirez 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 ?	☐ Oui ☐ 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 ?	☐ Oui ☐ Non
Présentez-vous en ce moment des signes pouvant faire penser au COVID (fièvre, toux, gêne respiratoire, fatigue anormale, perte du goût/odorat...) ?	☐ Oui ☐ 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) ?

☐ Locataire

☐ Propriétaire

☐ Hébergé (famille, amis...)

☐ Structure collective (*préciser*) :

☐ Sans domicile

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

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

Si suivi social, coordonnées des différents intervenants :

.....
.....

II - Situation familiale

☐ Célibataire

☐ Marié(e)

☐ Divorcé(e)

☐ Séparé(e)

☐ Veuf (ve)

☐ Remarié(e)

☐ Pacsé(e)

☐ 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 maladies 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 PRESENCE 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' (Kerpape 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 :

FICHE AVIS ADMISSION

Nom :

Prénom :

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

Age : ans

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

	Oui	Non	Observations	Avis	Signature
Administratif			☐ Carte d'identité ☐ Attestation droits ☐ Carte mutuelle ☐ CSS	☐ Conditions particulières d'admission ☐ Personne de confiance ☐ Directives anticipées ☐ 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