



**67250 LOBSANN**  
**Tél. : 03 88 05 68 40**  
**Fax : 03 88 54 78 42**  
[www.marienbronn.fr](http://www.marienbronn.fr) 6.2.1.1

**NOTICE MEDICALE**

L'établissement validera la durée de séjour en fonction des éléments du dossier. La durée du séjour n'est pas laissée à l'initiative du patient.

*Avis du Médecin du CSSRA  
Marienbronn pour l'admission :*

6 semaines :   
12 semaines :

Docteur :  
Date :

## **FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE**

à faire compléter impérativement par un Médecin et à retourner sous pli fermé à l'intention du Médecin de l'Etablissement

**NOM :**

**Prénom :**

Age :

### **1) INDICATION DE SEJOUR en SSR en ADDICTOLOGIE POSEE PAR :**

**Médecin prescripteur du séjour :**

Adresse

Tél. :

Fax :

e-mail :

**ou Etablissement de Santé ayant pris en charge le sevrage :**

Adresse :

Tél. :

Fax :

e-mail :

Le médecin prescripteur sollicite un séjour de : 6 semaines  pour le patient \*  
12 semaines

### **Indications :**

- Le séjour **court de 6 semaines** serait indiqué pour les patients : ayant suivi un sevrage physique dans le cadre d'un programme dynamique animé par une équipe addictologique pluridisciplinaire ; ayant un état somatique et psychique peu affecté par l'intoxication chronique ; ayant étayé leur motivation à rompre avec une relation de dépendance et élaboré leur projet d'après cure avec une équipe qualifiée ; bénéficiant d'un environnement familial et professionnel stable et peu pathogène.
- Le séjour **long de 3 mois** apporterait aux personnes ayant une conduite addictive : une période de convalescence physique et psychique lorsqu'ils souffrent de troubles importants en phase de stabilisation ; un temps supplémentaire leur permettant de réfléchir à leurs motivations, à éclaircir leur problématique et leur situation, surtout si ce travail n'a pu être effectué en amont avec une équipe spécialisée ; un approfondissement dans leur travail sur la relation de dépendance psychologique aux produits psycho-actifs toxiques, en particulier après un échec consécutif à une cure courte ; un travail psychologique et social pour favoriser leur réinsertion.

*Motif de l'hospitalisation actuelle :*

### **2) HISTOIRE DE LA CONDUITE ADDICTIVE :**

- conditions de début : - usage à risque depuis :  
- usage nocif depuis :

- Le patient présente actuellement une dépendance \* : - psychique, depuis :  
- physique, depuis :
- Sevrages simples ou soins résidentiels complexes antérieurs (dates et lieux) :
- Séjours en SSR en addictologie antérieurs (dates et lieux) :
- Comment le malade est-il venu à envisager cette démarche de soins :

### 3) *ANTECEDENTS* :

- Médicaux \* :
- Allergies connues, contre-indications médicamenteuses \* :
- Chirurgicaux \* :
- Gynéco-obstétrique \* (le cas échéant) :
- Médico-légaux :
- Autres addictions \* (opiacés, cannabis, psychotropes, tabagisme, addictions comportementales,...) :
- Psychiatriques \* :
- Familiaux en rapport avec l'addiction :

### 4) *EXAMEN + BILAN CLINIQUES ACTUELS* :

- Taille \* :

- Poids \* :
  
- Examen clinique actuel :
  
- **A JOINDRE OBLIGATOIREMENT** \* :
  - bilan biologique hépatique et rénal récent (de moins de 3 mois)
  - bilan sérologique (hépatites B et C, VIH,... de moins de 3 mois),
  - antécédents de portage de bactéries multi-résistantes ou de contact avec des personnes porteuses de bactéries multi-résistantes,
  - dossier transfusionnel, le cas échéant.
  
- Copie du carnet de vaccination \* :
  
- Examen neurologique en particulier antécédent de complication de sevrage (épilepsie et autres manifestations encéphalopathiques ou périphériques) :
  
- Etat psychopathologique et comportemental actuel :
  
- Fonctions locomotrices (autonomie) :
  
- **Traitement en cours** (prière de faire remettre au patient une ordonnance attestant de son traitement après sevrage pour son admission):
  
  
- Contre-indications aux activités sportives :

- Régime alimentaire :

**5) COORDINATION ENTRE LE SEVRAGE ET L'ADMISSION en S.S.R.A. :**

- Le patient est actuellement suivi par un service d'addictologie \* :

Nom du médecin :

Tél. :

Adresse :

- Avez-vous prévu un sevrage hospitalier avant l'entrée dans notre établissement \* :

Oui  non

Dates :

- L'établissement ayant pris en charge le sevrage s'engage t'il à nous transmettre par courrier :

- le traitement en fin de sevrage : oui  non

- les incidents lors du sevrage : oui  non

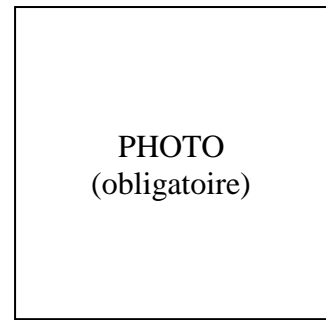
- *DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :*

**6) NOM et ADRESSE du MEDECIN TRAITANT HABITUEL :**

**7) EN CAS DE DIFFICULTES, COORDONNEES DU SERVICE HOSPITALIER REPRENEUR :**

Date :

Signature et adresse lisible  
cachet du médecin



**67250 LOBSANN**  
**Tél. : 03 88 05 68 40**  
**Fax : 03 88 54 78 42**  
[www.marienbronn.fr](http://www.marienbronn.fr) 62.1.1

## ***FICHE ADMINISTRATIVE***

\*\*\*\*\*

**NOM :**

**Prénom :**

Nom de jeune fille :

Sexe :  masculin

féminin

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse actuelle :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse courriel (e-mail) :

Nationalité (E/F) :

Religion (facultatif) :

Personnes à contacter en cas d'urgence (avec N° de Téléphone) :

**ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE délivrant la prise en charge principale :**

- Intitulé :
- N° de téléphone :
- Adresse :
  
- Nom de l'assuré :
- N° d'immatriculation :

*(Prière de joindre une attestation d'ouverture des droits de l'organisme d'affiliation de moins de 3 mois – se munir de la carte vitale à jour lors de l'admission)*

**ASSURANCE ou MUTUELLE de santé complémentaire :**

- Intitulé :
- N° de téléphone :
- Adresse :
  
- Nom de l'assuré :
- N° d'adhérent :

*(Prière de joindre photocopie de la carte d'adhérent mise à jour en justifiant des droits en cours : nombre de journées prises en charge, risques exclus,...)*

**COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE  
(prière de joindre photocopie de l'attestation d'affiliation)**



## ***FICHE SOCIALE***

\*\*\*\*\*

**67250 LOBSANN**  
**Tél. : 03 88 05 68 40**  
**Fax : 03 88 54 78 42**  
[www.marienbronn.fr](http://www.marienbronn.fr) 6.2.1.1

**NOM :**

**Prénom :**

- **SERVICE SOCIAL ayant fait avec le (la) patient (e) la demande de cure :**

Intitulé du service social :

Nom du travailleur social :

Adresse :

Téléphone :

(A défaut, nom de la personne ayant renseigné cette fiche et références de l'organisme)

- **SITUATION FAMILIALE DU (DE LA) PATIENT(E) :**

célibataire       marié(e)       remarié(e)       veuf(veuve)  
 divorcé(e)       concubinage       séparé(e)       P.A.C.S.

depuis le

- Age et profession du conjoint :

- Ages et professions des enfants :

- Nombre d'enfants à charge :

- Climat des relations familiales :

- **NOM, adresse et téléphone du Tuteur ou Curateur légal (le cas échéant) :**

- **NIVEAU D'ETUDES :**

en difficulté avec la lecture et/ou l'écriture       niveau BAC + 2  
 niveau brevet des collèges       niveau au-delà de BAC + 2  
 niveau CAP, BEP       ne sait pas  
 niveau BAC

- **SITUATION PROFESSIONNELLE :**

**Si le patient a une activité professionnelle actuellement :**

- emploi actuel :
- adresse de l'employeur :

- **Si le patient n'a pas d'activité professionnelle actuellement :**

Quelle est votre situation :

- au chômage  allocataire adulte handicapé
- indemnisation ASSEDIC  retraité
- préretraité  invalide, catégorie : ...
- accident du travail, taux : ...
- R.S.A., adresse de l'instructeur du contrat:
- autres prestations sociales, à préciser :
- autres revenus, à préciser :

- **LOGEMENT :**

A renseigner impérativement

<i>Situations :</i>	<i>avant la demande d'admission</i>	<i>prévue à la sortie du SSRA</i>
Logement durable indépendant : <b>propriétaire</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logement durable indépendant : <b>locataire</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logement durable chez des proches (famille, amis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logement durable (dans les 6 mois qui viennent) en institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logement provisoire chez des proches (famille, amis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logement provisoire en institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre logement provisoire (hôtel,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etablissement pénitentiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sans domicile fixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ne sait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **PROJET D'APRES SEJOUR EN SSR EN ADDICTOLOGIE :**  
(logement, emploi, famille, suivi, etc...)

- **VOTRE EXPOSE DE LA SITUATION :**





Vous avez réfléchi avec votre accompagnateur ou un travailleur social à un projet pour la sortie de cure. Nous vous demandons, éventuellement avec l'aide de votre accompagnateur, de nous rédiger une **lettre de motivation exposant vos projets**.

**POUR L'ADMISSION** : pouvez-vous nous communiquer **un numéro de téléphone où il est possible de vous convoquer** (votre propre numéro, votre assistante sociale, votre médecin, un membre de votre famille, etc...) ?

Dans un souci d'identitovigilance, nous tenons à vous informer qu'une photo d'identité sera effectuée par nos soins à votre admission.

-----

## **CONTRAT DE SOINS**

### Article 1 :

Je soussigné (e) (Nom-Prénom) .....déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie «MARIENBRONN » à LOBSANN qui comprend le descriptif du programme thérapeutique élaboré par l'équipe pluridisciplinaire, et m'engage à m'y conformer pour la durée, fixée par le médecin, de son séjour (six semaines ou trois mois selon l'avis du Médecin de l'Etablissement). Conformément à l'article 27 de la loi du 6.01.1978, je déclare être informé du caractère obligatoire des réponses au dossier d'admission pour qu'il puisse être instruit, que ces informations sont traitées confidentiellement par le secrétariat et transmises aux services médical et social. Au cours du séjour, les informations administratives et sociales peuvent être consultées en vue de leur rectification.

Signature :

### Article 2 :

Le centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie Marienbronn :

- garantit le respect de la personne, la confidentialité, les soins et le soutien global,
- s'engage à vous offrir une infrastructure et un accompagnement réalisé par des professionnels formés en addictologie, vous permettant d'accomplir un changement profond, de retrouver un mieux être, de rompre avec la dépendance, de réapprendre à vivre sans alcool et autres toxiques,
- vous aidera à élaborer un projet de vie et à mettre en place un suivi social lorsque cela s'avère nécessaire pour favoriser votre autonomie,
- a élaboré son programme thérapeutique et pédagogique à partir des besoins des curistes, et l'a individualisé en proposant écoute, dialogue, échange et communication,
- pratique un travail en réseau, dans le but d'améliorer votre prise en charge.

Pour l'équipe de soins,  
Le Directeur,

**Marc KUSTERER**