

- 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

Si le patient est pris en soins pour de troubles psychiatriques, veuillez joindre une attestation d'accueil en cas de décompensation psychiatrique durant son séjour à Marienbronn.

- Familiaux en rapport avec l'addiction :

4) EXAMEN + BILAN CLINIQUES ACTUELS :

- Taille :
- Poids :

- Examen clinique actuel :

- Fonctions locomotrices (pour adapter l'accueil) : autonomie, aide technique, équilibre... :

- **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 :

- 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 :

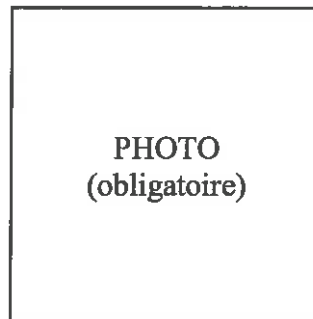
8) RESULTAT FIBROSCAN (si l'examen a été réalisé) :

Date de réalisation :

Numéro d'anonymisation :

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 6.2.1.1

FICHE ADMINISTRATIVE

NOM :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Sexe : masculin

féminin

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse actuelle :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Nom de l'opérateur :

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 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 :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> au chômage | <input type="checkbox"/> allocataire adulte handicapé |
| <input type="checkbox"/> indemnisation ASSEDIC | <input type="checkbox"/> retraité |
| <input type="checkbox"/> préretraité | <input type="checkbox"/> invalide, catégorie : ... |
| <input type="checkbox"/> accident du travail, taux : ... | |
| <input type="checkbox"/> R.S.A., adresse de l'instructeur du contrat: | |
| <input type="checkbox"/> autres prestations sociales, à préciser : | |
| <input type="checkbox"/> autres revenus, à préciser : | |

Pour les personnes salariées et ou inscrites à pôle emploi, veuillez vous munir de vos 4 dernières fiches de salaire (avant inscription au pôle emploi) pour le calcul des indemnités journalières.

- **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 : propriétaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logement durable indépendant : locataire	<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"/>

* prière de joindre une attestation d'hébergement

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

- **VOTRE EXPOSE DE LA SITUATION :**



FICHE PATIENT

67250 LOBSANN
Tél. : 03 88 05 68 40
Fax : 03 88 54 78 42
www.marienbronn.fr 6.2.1.1

NOM :

Prénom :

Nous souhaitons que le patient qui sollicite une cure ait fait un cheminement préalable en réfléchissant à sa situation sociale, familiale et professionnelle.

Pour cela, nous proposons au futur patient de désigner une personne de son entourage qui sera son « accompagnateur ». Celui-ci l'aidera dans la préparation de son séjour, durant le temps de son séjour ainsi qu'au cours des premiers mois du retour. L'accompagnateur peut être le conjoint, un parent ou un ami.

Nous nous proposons d'apporter à cet accompagnateur soutien et conseil dans sa tâche. Si l'accompagnateur le souhaite, nous restons à sa disposition.

Le futur patient indiquera également les coordonnées du travailleur social qui l'aide à préparer son projet d'avenir.

L'équipe de soins de la cure

DESIGNATION DE L'ACCOMPAGNATEUR (TRICE) CHOISI(E) PAR LE (LA) CURISTE:

- Nom : Prénom : Tél. :
- Adresse :
- Le cas échéant, lien de famille :

DESIGNATION DU PARTENAIRE SOCIAL DU CURISTE :

- Nom :
- Adresse :
- Tél. :

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. 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