

INSTITUT D'ADDICTOLOGIE DU LITTORAL	DEMANDE D'ADMISSION	Ref : EN OPC 530
		Version a MAJ : 11/03/2025

Date : . . / . . / 20 . .

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous accordez en nous faisant parvenir votre demande d'admission.

L'Institut d'Addictologie du Littoral est un établissement SMR (soins de suite et de réadaptation) de post cure d'addictologie et a vocation à accompagner les patients durant une période déterminée (4 à 6 semaines en moyenne). Les objectifs de l'hospitalisation sont la consolidation du sevrage et de proposer un suivi thérapeutique global en favorisant l'autonomie et un mode de vie équilibré.

La personne est admise après un sevrage effectué en milieu hospitalier ou en ambulatoire. Une visite de préadmission pourra être organisée après réception de votre dossier de demande d'entrée. L'admission ne sera possible qu'après cette rencontre avec le médecin addictologue et la validation de votre dossier en commission d'admission. Nous vous communiquerons ensuite la date d'entrée.

La démarche de soins dans notre établissement à la suite de votre séjour de sevrage repose évidemment sur une abstinence totale d'alcool et de toute substance psychoactive.

A votre arrivée, un éthylotest et un test urinaire à la recherche de toxiques conditionnera votre admission au sein de notre établissement.

A votre admission, nous vous rappelons une liste de produits proscrits :

- produits d'hygiène avec alcool,
- CBD, boissons énergisantes, et toute substance psychotrope illicite ou non.
- armes blanches ou à feu, objets tranchants, contondants, coupants.

Durant votre séjour, votre chambre constitue un espace privé et vous est strictement réservée où vos familles ou proches ne peuvent accéder. Des espaces dédiés aux visites sont néanmoins prévus.

Il vous est demandé de participer à toutes les activités thérapeutiques qui font partie de votre projet de soins. La non-participation aux activités peut donner lieu à une rupture du contrat de soins et à une sortie anticipée.

INSTITUT D'ADDICTOLOGIE DU LITTORAL	DEMANDE D'ADMISSION	Ref : EN OPC 530
		Version a MAJ : 11/03/2025

Formalités d'admission

Doivent obligatoirement être joints au moment de la demande d'admission :

- le présent dossier **renseigné complètement**
- la dernière ordonnance
- le dernier bilan biologique et les examens réalisés récemment (électrocardiogramme, compte rendus de médecins spécialisés - notamment si bilan cardiologique ou neurologique - s'il y a lieu)
- De l'attestation de droits sécurité sociale ainsi que la photocopie recto - verso de votre carte mutuelle
- Note sociale si accompagnement social et/ou note éducative si accompagnement éducatif

Le jour de votre admission

Merci de vous munir de :

- Votre carte vitale et l'attestation de sécurité sociale, votre carte mutuelle ou de CMU complémentaire, et tous documents de prise en charge en votre possession.
- Votre carte d'identité ou votre passeport en cours de validité
- Documents médicaux en votre possession (ordonnances, courrier du médecin, comptes rendus d'hospitalisation, bilans biologiques, examens complémentaires...)

Commodités :

La clinique met à disposition un certain nombre de commodités, vous devez néanmoins vous munir personnellement de :

- Un nécessaire de toilette complet, l'hygiène sera un élément important de votre remise en forme,
- Un **minimum d'argent liquide** (aucun distributeur à proximité de la clinique)
- Pour les activités, **un survêtement, des baskets, un sac à dos, une gourde, un maillot de bain et bonnet de bain** ainsi qu'un nécessaire d'écriture (feuilles et stylo)



DEMANDE D'ADMISSION

1- RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom :

Prénom :

Sexe : F ☐ M ☐

Date de naissance : . . / . . /

Adresse :

Tél :

LIEU DE PROVENANCE

☐ ETABLISSEMENT

Nom :

Service demandeur :

Tél :

Date de début d'hospitalisation :

Nom du médecin demandeur de l'admission :

☐ DOMICILE

Nom du Médecin traitant :

Tél :

Date d'entrée souhaitée : . . / . . / 20 . .

ASSURANCE MALADIE

Caisse :

Matricule :

Mutuelle :

C.S.S. : Oui ☐ Non ☐Aide sociale : Totale ☐ Partielle ☐ N/A ☐

Exonération du ticket modérateur

Oui ☐ Non ☐Tutelle : Oui ☐ Non ☐A.L.D. : Oui ☐ Non ☐

SITUATION MATRIMONIALE

Célibataire ☐Marié(e) ☐Pacsé(e) ☐Concubin(e) ☐Divorcé(e) ☐Séparé(e) ☐Veuf(ve) ☐

PERSONNES A PREVENIR

1-

Nom :

Lien de parenté :

Prénom :

Tél :

2-

Nom :

Lien de parenté :

Prénom :

Tél :



2- RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

ETES VOUS CONCERNE PAR:

Sauvegarde de justice:	Oui ☐ Non ☐
Curatelle simple :	Oui ☐ Non ☐
Curatelle renforcée:	Oui ☐ Non ☐
Tutelle:	Oui ☐ Non ☐

Si oui, merci de noter les noms et coordonnées de votre mandataire, curateur ou tuteur :

ETES VOUS CONCERNE PAR :

Reconnaissance MDPH :	Oui ☐ Non ☐
Allocation Adulte Handicapé (AAH) :	Oui ☐ Non ☐
Reconnaissance de travailleur handicapé :	Oui ☐ Non ☐
Orientation en établissement médicosocial :	Oui ☐ Non ☐
Autres :	Précisez :

LOGEMENT

Domicile fixe :	Oui ☐ Non ☐
Hébergement temporaire :	Oui ☐ Non ☐
Sans domicile fixe :	Oui ☐ Non ☐
Pour les personnes sans domicile fixe précisez :	Suivi SIAO : Oui ☐ Non ☐
	Nom du référent SIAO :

SITUATION FAMILIALE

Vit en couple :	Oui ☐ Non ☐
Enfants à charge :	Oui ☐ Non ☐
Si oui combien ?	
Soutien familial :	Oui ☐ Non ☐

SITUATION PROFESSIONNELLE

Salarié :	Oui ☐ Non ☐	
Retraité :	Oui ☐ Non ☐	
Sans emploi :	Oui ☐ Non ☐	
Si sans emploi indemnisation	Assurance chômage	Oui ☐ Non ☐
	RSA	Oui ☐ Non ☐



HISTOIRE DE LA MALADIE

Précisez si :

- Injonction/obligation de soins
- Raisons sociales ou professionnelles
- Ultimatum familial
- Prise de conscience personnelle

**SITUATION ACTUELLE AYANT GENERE LA DEMANDE D'ENTREE EN POST CURE
D'ADDICTOLOGIE**

Précisez vos motivations :

LIEU DE SORTIE ENVISAGE A L'ISSUE DE LA POSTCURE¹

☐ **ETABLISSEMENT**

Nom, coordonnées et
adresse :

☐ **DOMICILE PERSONNEL**

Adresse :

☐ **AUTRES**

Précisez :

¹ Si accompagnement social, ajouter une note sociale



3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A remplir par le médecin

NOM DU PATIENT :

PRENOM :

Le patient est-il porteur d'une A.L.D. ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez :

REGIME ALIMENTAIRE

Normal ☐Diabétique ☐Sans sel ☐HP20 ☐Autres ☐ Précisez :

SEVRAGE

Date :

Durée :

Lieu :

SEJOURS ANTERIEURS EN ETABLISSEMENT DE CURE OU POSTCURE, PRIVES OU PUBLICS :

Date

Établissement

Durée de séjour

→

→

→

Si le patient n'habite pas dans les départements suivants (59, 62, 80), merci de justifier la demande de cette admission à Calais ?

ANTECEDENTS

Crise comitiales

Oui ☐ Non ☐

Précisez si nécessaire :

Diabète

Oui ☐ Non ☐

HTA

Oui ☐ Non ☐

Delirium tremens

Oui ☐ Non ☐

Pathologies hépatiques

Oui ☐ Non ☐

Pathologies cardiovasculaires

Oui ☐ Non ☐

Autres

Oui ☐ Non ☐Psychiatriques / psychologiques : troubles du comportement

- Agressivité
- Violence
- Tentative de suicide
- Troubles cognitifs (si oui, évaluer échelle de 0 à 10 :)
- Autres

Conduites addictives

- Drogues (dont le cannabis) :



- Médicaments
- Tabac
- Troubles alimentaires
- Jeux

ETAT ACTUEL DU PATIENT

- Aspect général :
- Poids : Taille : Tension :
- Cœur / poumons :
- Système nerveux :
- Appareil génito - urinaire :
- Appareil digestif:
- Appareil locomoteur:

TRAITEMENT EN COURS Joindre l'ordonnance

Dénomination	Posologie	Début	Durée	Commentaires

Le patient est-il actuellement suivi (si oui, merci de noter les coordonnées)

- Psychiatre
- Psychologue
- Centre d'alcoologie
- Autre

IMPERATIF :

Merci de joindre une copie des derniers bilans biologiques comportant à minima les examens suivants :

→ CRP, Gamma GT, GLYC à jeun, NFS, VS, Plaquettes, Phosphatases alcalines sanguines, TGOT et TGPT, TP, CDT, Créatinémie

Allergies médicamenteuses :

Le patient est-il porteur d'une infection nosocomiale : Oui ☐ Non ☐

