Marienbronn
Soins Médicaux et de Réadaptation en Addictologie

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

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

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

secretariat.marienbronn@federationcaritasalsace.org

NOM : **Prénom :** **Age :**

1) INDICATION DE SEJOUR en SMR en ADDICTOLOGIE POSEE PAR :

Médecin prescripteur du séjour ou Etablissement de Santé ayant pris en charge le sevrage :

Adresse du prescripteur : *Tél. :*
E-mail :
Fax :

Le médecin prescripteur sollicite pour le patient un séjour de : *3 mois* ☐
1 mois ☐

Indications :

Le séjour au SMRA « Marienbronn » a pour but d'offrir au (à la) patient(e) l'opportunité d'expérimenter un temps sans consommation de substances psychoactives (hors traitement prescrit) et de lui permettre de prendre des décisions éclairées pour son avenir.

- Le séjour **de 3 mois** apporte une période conséquente de convalescence physique et psychique aux personnes ayant une conduite addictive, un temps permettant d'éclaircir leur problématique et leur situation, de réfléchir à leurs motivations, d'effectuer un approfondissement dans leur travail sur la relation de dépendance psychologique aux substances psychoactives toxiques, en particulier après un échec consécutif à une cure courte ; un travail psychologique et social pour favoriser leur réinsertion.

- Le séjour **de 1 mois** est conseillé pour les patient(e)s ayant suivi un sevrage physique dans le cadre d'un programme addictologique dynamique, ayant un état somatique et psychique peu affecté par l'intoxication chronique, bénéficiant d'un environnement familial et professionnel stable et peu pathogène. Il peut aussi permettre à des patient(e)s de sortir du déni de la maladie et de se motiver à entreprendre des soins sur le long terme.

N.B. : Le (la) patient(e) doit avoir réalisé les soins nécessaires (soins dentaires, examens spécifiques…) avant son admission afin de pouvoir se consacrer exclusivement à sa démarche de soins en addictologie.

Motif de l'hospitalisation actuelle :

2) HISTOIRE DE LA CONDUITE ADDICTIVE :

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

- Le(la) patient(e) présente actuellement une dépendance : - psychique, depuis :
  - physique, depuis :

- Sevrages simples ou soins résidentiels complexes antérieurs (dates et lieux) :

- Séjours en SMR en addictologie antérieurs (dates et lieux) :

- Comment le (la) malade est-il(elle) venu(e) à envisager cette démarche de soins :

3) ANTECEDENTS :

- Médicaux :

- Allergies connues, contre-indications médicamenteuses :

- Chirurgicaux :

- Gynéco-obstétriques (le cas échéant) :

- Médico-légaux :

- Autres addictions (opiacés, cannabis, psychotropes, tabagisme, addictions comportementales,…) :

- Psychiatriques

Si le (la) patient(e) est pris(e) en soins pour des 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… :

- **<u>A JOINDRE OBLIGATOIREMENT</u>** :

  - Traitement en cours (ordonnance de moins de 3 mois) ;

  Attention pour le jour de l'admission, le(la) patient(e) devra être muni(e) d'une ordonnance de moins de 48 heures ainsi que de son traitement pour 48 heures.

  - Bilan biologique hépatique et rénal récent (de moins de 3 mois) ;
  - Bilan nutritionnel (albumine, CRP) et vitaminique (folate, B12, et vitamine D) ;
  - Bilan sérologique (hépatites B et C, VIH, de moins de 3 mois) ;
  - Electrocardiogramme et interprétation de moins de 3 mois : Le patient doit disposer d'un ECG normal et ou compatible avec la prescription de psychotropes.

  - 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 (de préférence).

- Examen neurologique : en particulier antécédent de complication de sevrage (épilepsie et autres manifestations encéphalopathiques ou périphériques) :

- Etat psychopathologique et comportemental actuel :

- Contre-indications aux activités sportives :

- Régime alimentaire :

- Le(la) patient(e) a-t-il(elle) déjà bénéficié d'un dépistage ou d'un suivi neuropsychologique ?

  ❍ oui ❍ non

- Résultat du MoCA test (si le test a déjà été réalisé) :

Date de réalisation du test :

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

- Le (la) patient(e) est actuellement suivi(e) 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 et lieu :

- 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 :

9) LES DIRECTIVES ANTICIPEES
Nous vous remercions de rappeler au patient l'importance de rédiger des directives anticipées.
Si celles-ci existent merci de les joindre au dossier.

Date : Signature et adresse lisible
cachet du médecin

Marienbronn
Soins Médicaux et de Réadaptation en Addictologie

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) :

Personnes à contacter si le patient n'est pas joignable (avec N° de Téléphone) :

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

- Intitulé :
- N° de téléphone :
- Adresse :

- Nom de l'assuré(e) :
- 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 <u>à jour</u> lors de l'admission)

ASSURANCE ou MUTUELLE de santé complémentaire :

- Intitulé :
- N° de téléphone :
- Adresse :

- Nom de l'assuré(e) :
- N° d'adhérent :

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

COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE (CSS)
(prière de joindre une photocopie de l'attestation d'affiliation)

Marienbronn
Soins Médicaux et de Réadaptation en Addictologie

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

FICHE SOCIALE

****

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 : Fax :

Adresse mail :

(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 :

- **Coordonnées du TUTEUR ☐ OU CURATEUR ☐ légal (le cas échéant) :**

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Fax :

Adresse mail :

- **NIVEAU D'ETUDES :**

☐ en difficulté avec la lecture et/ou l'écriture

☐ niveau brevet des collèges

☐ niveau CAP, BEP

☐ niveau BAC

☐ niveau BAC + 2

☐ niveau au-delà de BAC + 2

☐ ne sait pas

- **SITUATION PROFESSIONNELLE :**
  - **Si le (la) patient(e) a une activité professionnelle actuellement :**

    - emploi actuel :

    - adresse de l'employeur :

  - **Si le (la) patient(e) n'a pas d'activité professionnelle actuellement :**

Quelle est votre situation :

☐ au chômage

☐ indemnisation ASSEDIC

☐ préretraité

☐ accident du travail, taux : ….

☐ R.S.A., adresse de l'instructeur du contrat :

☐ autres prestations sociales, à préciser :

☐ autres revenus, à préciser :

☐ allocataire adulte handicapé

☐ retraité

☐ invalide, catégorie : ….

*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**

***Situation** :*	***avant** la demande d'admission*	*prévu à **la sortie** du SMRA*
Logement durable indépendant : **propriétaire**	☐	☐
Logement durable indépendant : **locataire**	☐	☐
Logement durable chez des proches (famille, amis) *	☐	☐
Logement durable (dans les 6 mois qui viennent) en institution *	☐	☐
Logement provisoire chez des proches (famille, amis) *	☐	☐
Logement provisoire en institution *	☐	☐
Autre logement provisoire (hôtel,…) *	☐	☐
Etablissement pénitentiaire	☐	☐
sans domicile fixe	☐	☐
ne sait pas	☐	☐

*** prière de joindre une attestation d'hébergement**

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

- **VOTRE EXPOSE DE LA SITUATION :**

Marienbronn
Soins Médicaux et de Réadaptation en Addictologie

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

FICHE PATIENT

****

NOM : **Prénom :**

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

Pour cela, nous proposons au (à la) futur(e) patient(e) de choisir une personne de son entourage qui sera son « accompagnateur ». Celle-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 (la) conjoint(e), un(e) parent(e) ou un(e) ami(e).

Nous nous proposons d'apporter à cet accompagnateur soutien et conseil, s'il (si elle) le souhaite.

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

L'équipe de soins

DESIGNATION DE LA PERSONNE A PREVENIR :

- Nom : Prénom : Tél. :

- Adresse :

- Le cas échéant, lien de famille :

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE :

- Nom : Prénom : Tél. :

- Adresse :

- Le cas échéant, lien de famille :

Date et signature de la personne de confiance :

DESIGNATION DU PARTENAIRE SOCIAL DU (DE LA) PATIENT(E) :

- Nom :

- Adresse :

- Tél. : Fax. :

- Adresse mail :

Vous avez réfléchi avec votre accompagnateur ou un partenaire social à un projet pour la sortie de cure. Nous vous demandons, éventuellement avec son aide, 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 prise 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 Médicaux 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 mon séjour. Conformément à l'article 27 de la loi du 6.01.1978, je déclare être informé(e) 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 Médicaux 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,
La Directrice,

Elisabeth TRITSCHLER