

FICHE ADMINISTRATIVE

PATIENT

Nom : Prénom :
 Nom de jeune fille :
 Date et lieu de naissance :
 Sexe : M F Nationalité :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone fixe : Téléphone portable :
 Adresse mail :

REGIME D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (joindre attestation)

Numéro d'assuré :
 Organisme d'affiliation :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Nom de l'assuré (si différent du patient) :
 CMU Oui Non jusqu'au
 AME Oui Non jusqu'au
 Invalidité ou ALD Oui Non jusqu'au

MUTUELLE (joindre copie recto verso de la carte)

La demande de prise en charge est faite par la clinique auprès de votre mutuelle

Numéro d'adhérent :
 Nom :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone fixe Téléphone portable :
 Adresse mail :

Chambre particulière souhaitée (en fonction des places disponibles) : Oui Non

FICHE SOCIALE

NOM

PRENOM

SITUATION FAMILIALE

Marié(e)

PACS

Concubinage

Célibataire

Séparé(e)

Divorcé(e)

Veuf(ve)

Nombre d'enfants :

Personnes à charge :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Emploi :

Retraité

Chômage

Arrêt de travail

Invalidité

Autre

RESSOURCES

Salaire

Retraite

Indemnités journalières

Indemnités chômage

RSA

AAH

Autres

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE *(joindre copie du jugement)*

Non

En cours

Curatelle

Curatelle renforcée

Tutelle

Nom :

Organisme :

Adresse :

Téléphone

LOGEMENT

Propriétaire

Locataire

Sans domicile

Hébergé(e) chez un proche

Foyer

Autre

SUIVI SOCIAL

Bénéficiez-vous d'un suivi social régulier?

Oui Non

Nom :

Organisme :

Adresse :

Téléphone

SUIVI JUDICIAIRE – ANTECEDENTS

Non

Suivi actuel

Suivi passé

FICHE MEDICALE

NOM **PRENOM**

Mode d'admission : sevrage cure 5 semaines

Pour quel(s) produit(s) ?

Si le patient est hospitalisé, date de sortie :

ADRESSEUR

Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Téléphone :

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Téléphone :

MEDECIN SPECIALISTE ADDICTOLOGUE / PSYCHIATRE

Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Téléphone :

ANTECEDENTS MEDICAUX – CHIRURGICAUX

Taille : Poids : TA :

-
-
-
-
-
-
-

Allergies : Oui Non - A préciser :

Avez-vous déjà été hospitalisé dans notre établissement ? Oui Non - Date :

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

Syndromes dépressifs Oui Non

Hospitalisation en psychiatrie Oui Non Dates et motifs :

Tentatives de suicide Oui Non

Troubles du comportement Oui Non A préciser :

Episode délirants Oui Non

Prise de neuroleptiques Oui Non Indication :

NOM :

PRENOM :

TRAITEMENT MEDICAL EN COURS (joindre copie de l'ordonnance)

Oui *joindre copie de l'ordonnance*

Non

Vaccin tétanos à jour : Oui Non

ALD : Oui Non Motif :

DEPENDANCES ASSOCIEES

Dépendances	Alcool	Tabac	Cannabis	Cocaïne	Opiacés	Benzodiazépine	Autres (y compris sans produit : jeux, TCA...)
Actuelle							
Ancienne							

AUTONOMIE

Handicaps physiques Oui Non - A préciser :

Aides dans les actes de la vie quotidienne : Oui Non - Aides nécessaires.....

Ventilation non invasive : Oui Non

PROJET DE SORTIE

- Domicile
- Transfert vers un autre établissement
- Retour à l'établissement envoyeur
- Autre

HISTOIRE ADDICTOLOGIQUE – RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

-
-
-
-
-

Fait le
Cachet et Signature du Médecin :

Ce questionnaire médical doit obligatoirement être accompagné des documents suivants :
- Bilan biologique de moins de 3 mois selon prescription ci-jointe
- Compte-rendu en cas d'hospitalisation récente.
- Ordonnance du traitement en cours

Identification du médecin

Identification du patient

Faire pratiquer dans un laboratoire d'analyse médicale une prise de sang :

- NFS
- Plaquettes
- IONO (Na⁺, K, créatinine + clairance, protidémie, albuminémie), glycémie à jeun, CRP
- Bilan hépatique complet (GOT, GPT, GGT, bilirubine, PAL)
- TP
- Sérologie hépatite B et C
- Sérologie HIV

Date

Signature – Tampon

Identification du médecin

Identification du patient

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

Faire pratiquer dans un laboratoire d'analyse médicale une prise de sang :

- NFS
- Plaquettes
- IONO (Na⁺, K, créatinine + clairance, protidémie, albuminémie), glycémie à jeun, CRP
- Bilan hépatique complet (GOT, GPT, GGT, bilirubine, PAL)
- TP
- Sérologie hépatite B et C
- Sérologie HIV

Date

Signature - Tampon

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

Nom :

Prénom :

LETTRE DE MOTIVATION

A nous retourner avec votre dossier

Date

Signature

PREPARATION DE VOTRE HOSPITALISATION

Effets personnels

- Prévoir une tenue de sport, des chaussures de sport et/ou de randonnée, un vêtement de pluie
- Affaires de toilettes : nous attirons votre attention sur le fait que certains produits (parfums, déodorants, gels de coiffage,...) peuvent contenir de l'alcool. Après vérification, ils seront retirés et restitués en fin de séjour.
- Prévoir une montre et/ou un réveil, un bloc-notes et un stylo
- Les instruments de musiques sont tolérés en accord avec la Direction en respectant le règlement.
- Pour vos dépenses personnelles, prévoyez un minimum d'argent car les visites et permissions ne sont autorisées qu'à partir du deuxième week-end de présence, et ce d'autant qu'il n'y a pas de distributeur à proximité de l'établissement.
- Les objets pouvant être dangereux (ex : couteaux...) sont interdits dans l'établissement.

Apporter vos **ordonnances médicales** en cours et prévoir **vos médicaments pour 48 heures**.

Ne prenez pas de rendez-vous médicaux à l'extérieur pendant votre séjour. Seules les situations exceptionnelles seront autorisées après avis d'un médecin de la clinique.

Pendant votre hospitalisation, les consultations externes et transports sont à votre charge.

Documents administratifs

- Justificatif d'identité avec photo (carte d'identité, passeport, permis de conduire, carte de séjour)
- Carte vitale
- Votre attestation ALD uniquement pour les personnes concernées
- Carte mutuelle

A VOTRE ARRIVEE

Un parking est à votre disposition devant la clinique.

Vous vous présenterez à l'**accueil**, muni de votre pièce d'identité, carte vitale, carte mutuelle et éventuellement d'un bulletin de sortie en cas de mutation d'un autre établissement.

La **secrétaire médicale** vous recevra afin de constituer votre dossier administratif, elle vous remettra un livret d'accueil.

Vous devrez nous déposer deux chèques de caution (non encaissés) ou espèces :

100€ pour l'état des lieux de la chambre, restitués à la sortie si aucune dégradation n'est constatée

200€ au titre de la garantie du paiement du séjour. A votre choix, il sera détruit ou retourné à l'issue du paiement intégral du séjour.

Vous serez ensuite reçu par un(e) **infirmier(-ère)**, puis par un **médecin** pour votre d'entrée. Vous lui remettrez vos ordonnances, courriers médicaux, résultats d'examen ainsi que vos traitements.

VOTRE SEJOUR

Votre chambre

Il est fortement déconseillé d'apporter des bijoux et biens de valeur.
Un coffre peut être loué.

Les repas : Ils sont servis en salle à manger à 8h00, 12h00 et 19h00

Votre linge : Nous proposons une prestation lingerie selon les tarifs indiqués à l'accueil

Argent : Vous aurez la possibilité d'obtenir de la monnaie à l'accueil le lundi, mercredi et vendredi

Courrier : L'envoi et la réception de courrier et de colis est possible du lundi au vendredi
Arrivée : fin de matinée – affichage sur la porte de l'accueil
Départ : dépôt avant 14h30. Possibilité de faire affranchir son courrier au tarif postal en vigueur

Téléphone : L'établissement ne dispose pas de ligne permettant de joindre les patients dans leur chambre. L'utilisation de votre téléphone portable aux conditions prévues par le règlement intérieur.

Télévision : Des postes sont à votre disposition dans deux salles communes.
Pour des raisons thérapeutiques aucune télévision ne se trouve dans les chambres

Internet : Les ordinateurs et tablettes ne sont pas autorisés.
Deux bornes internet sont à votre disposition. Des cartes d'accès internet sont en vente à l'accueil

Bibliothèque-salle de lecture : l'emprunt des livres à lieu de 20h à 20h30

Boissons : des fontaines d'eau fraîche sont positionnées en divers lieux de l'établissement.
Des distributeurs de boissons chaudes et froides sont aussi à votre disposition en salle de détente et en salle voutée.

Les sorties : elles sont autorisées suivant le contrat de soins en vigueur.

Visites et permissions : Possibles le samedi et le dimanche de 9h00 à 17h30 à partir du 2^{ème} week-end de présence aux conditions définies dans le contrat de soins.
Les visiteurs doivent être accueillis dans les lieux de vie collective et non dans les chambres.

VOTRE SORTIE

Le départ de la clinique est prévu en début d'après-midi, après le déjeuner. Les bulletins de sortie ainsi que votre carte vitale vous seront remis à l'accueil le jour de votre sortie. Les documents médicaux sont à retirer à l'infirmerie. La remise d'un bon de transport n'est pas systématique, il s'agit d'une prescription médicale.

**Merci de compléter le questionnaire de sortie qui vous sera remis,
également disponible à l'accueil.**

Clinique Korian Les Bruyères - Château de Létrette - 69620 LETRA

Téléphone : 04 74 71 30 11 - Fax : 04 74 71 33 10 - Mail : secmed.lesbruyeres@korian.fr