

# CLINIQUE DU CHÂTEAU DE PRÉVILLE

## DOSSIER DE PRÉADMISSION

CONSTITUTION DU DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

LISTE DES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER

NOUS RETOURNER LES 5 FICHES DE COULEUR CI-JOINTES

☞ Tout dossier incomplet entraîne un retard dans son évaluation  
et la fixation de la date d'entrée

1. Les trois fiches de renseignements médicaux
2. Le cas échéant, un compte-rendu d'hospitalisation
3. La fiche de renseignements administratifs et sociaux
4. La lettre de motivation de l'intéressé(e)
5. La lettre questionnaire ci-jointe
6. L'engagement de l'intéressé(e) :
  - à respecter le règlement intérieur et la durée du séjour
  - à payer les sommes dues
7. Photocopie de l'attestation de droit jointe à la carte vitale
8. Photocopie de la carte mutuelle ou carte CMU complémentaire et, si possible, un justificatif de prise en charge

*Il est important de vérifier auprès des mutuelles la prise en charge pour un séjour de 30 jours dans un établissement de psychiatrie discipline 230.*

### RAPPEL

Il est indispensable, en même temps que le dossier nous est retourné, d'organiser les modalités d'entrée dans notre établissement :

- en effectuant une demande de prise en charge administrative des frais de séjours auprès du centre de sécurité sociale pour les patients assurés hors des départements des Pyrénées-Atlantiques et des Landes ;
- en fournissant un bulletin d'hospitalisation s'il s'agit d'un transfert direct d'un autre établissement.

# CLINIQUE DU CHÂTEAU DE PRÉVILLE

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX

<b>PATIENT</b>		
M <sup>r</sup> M <sup>me</sup> M <sup>lle</sup>	Nom d e jeune fille	Prénom
<b>ADRESSE</b>		
Code Postal	Ville	
 domicile	 portable	 professionnel
<b>ÉTAT CIVIL</b>		
Date de naissance	Lieu de naissance	
<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> marié(e)	<input type="checkbox"/> PACS ou concubinage
<input type="checkbox"/> divorcé(e)	<input type="checkbox"/> séparé(e)	<input type="checkbox"/> veuf(ve)
<b>SITUATION PROFESSIONNELLE</b>		
• Profession		
• <input type="checkbox"/> sans activité <input type="checkbox"/> retraité <input type="checkbox"/> chômage <input type="checkbox"/> RMI <input type="checkbox"/> autre		
Le patient bénéficie-t-il d'un logement à la sortie ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<i>Nous demandons aux personnes qui n'ont pas d'hébergement prévu à la sortie de régler ce problème avant leur admission. Nous ne pourrions pas prolonger leur séjour sur ce motif.</i>		
Si oui et si différente, adresse		
<b>SÉCURITÉ SOCIALE</b> (joindre attestation)		N° d'assuré social
Centre et adresse		
<b>MUTUELLE</b> (joindre attestation)		N° d'adhérent
Nom et adresse		
Prise en charge	forfait journalier	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	chambre particulière	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<i>si demande de chambre particulière</i>	
	CMU	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE BESOIN</b>		
Nom	Prénom	
Lien de parenté	Adresse	
 domicile	 portable	 professionnel
<b>PERSONNE À JOINDRE AYANT PRÉPARÉ LE DOSSIER</b>		
Nom	Prénom	
Lien avec l'assuré		

# CLINIQUE DU CHÂTEAU DE PRÉVILLE

*Merci de joindre une photo d'identité à ce dossier*

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (page 1 sur 3)

### PATIENT

Nom Prénom

### MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom Prénom

Adresse

Code postal Ville

 professionnel

 fax

 portable

Motif de l'hospitalisation

Histoire résumée de la maladie

Retentissement cognitif

# CLINIQUE DU CHÂTEAU DE PRÉVILLE

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (page 2 sur 3)

### PATIENT

Nom

Prénom

Le patient a-t-il ou a-t-il eu des problèmes de toxicomanie autres que l'alcool et/ou le tabac ?

non     oui    de quelle nature ?

Si oui, date de début ?

et de la dernière prise ?

Antécédents médicaux et chirurgicaux, dont épilepsie et delirium tremens

Troubles somatiques actuels

- Neurologiques
- Hépato-digestifs
- Cardiovasculaires
- Pulmonaires
- Autres

Retentissement social

Retentissement judiciaire

# CLINIQUE DU CHÂTEAU DE PRÉVILLE

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (page 3 sur 3)

### PATIENT

Nom Prénom

Cures et post-cures précédentes (lieux et dates). Joindre le compte-rendu si possible.

Traitement médicamenteux en cours. Joindre une copie des dernières ordonnances.

Objectif du patient après son hospitalisation

### PRÉPARATION DE L'ENTRÉE

A t-on expliqué que le séjour dure 30 jours ?  oui  non

Le patient a-t-il eu le livret d'accueil ?  oui  non

Avez-vous expliqué au patient que le traitement est basé sur une prise en charge psychologique (individuelle et de groupe) et une implication personnelle ?  oui  non

Date

Signature et cachet du médecin



Madame, Monsieur,

Pour permettre à l'équipe soignante de la clinique de mieux vous connaître avant de donner une réponse définitive à votre demande d'admission, nous vous demandons de bien vouloir répondre aux questions suivantes.

Vous souhaitez faire un séjour à la clinique du Château de Prévaille avec l'intention de résoudre votre problème d'alcool. Il se peut que vous consommiez aussi d'autres substances psychoactives. Dans ce cas, quelles sont-elles ? Nous vous garantissons la stricte confidentialité de vos réponses.

	Usage régulier	Usage occasionnel
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Héroïne et opiacés ( <i>Subutex</i> , etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy et amphétamines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments non prescrits par un médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qu'est-ce qui vous a décidé à faire cette démarche ?

Qu'attendez-vous de votre séjour à Prévaille ?

Qu'aimeriez-vous rajouter ? (vous pouvez, si vous le souhaitez écrire sur papier libre)

### **Voici quelques informations que vous devez connaître**

- Au cas où vous ne seriez pas sevré, vous ne pourrez sortir de l'établissement qu'**à partir du neuvième jour** sous certaines conditions.
- Pendant votre séjour, **votre participation à toutes les réunions est obligatoire**. Des rencontres avec des associations d'anciens buveurs sont prévues.
- L'équipe soignante se tient à la disposition de vos proches pour les écouter et les conseiller, si besoin.
- Au début de votre séjour nous vous demanderons de **signer un engagement**, dont voici les points importants.

Vous vous engagerez à

- N'absorber aucune boisson alcoolisée ni autre substance psychoactive (cannabis, opiacés, médicaments non prescrits par le médecin, etc.) pendant votre séjour.
- Accepter tous les contrôles d'alcoolémie (éthylotest) ainsi que la fouille de votre chambre et de vos affaires.
- Quitter l'établissement dans les plus brefs délais en cas d'alcoolisations répétées ou d'usage d'une de ces substances psychoactives.
- Participer à toutes les réunions concernant votre problème.
- N'introduire aucune boisson alcoolisée ni aucune substance psychoactive dans l'établissement.

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire, et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

L'équipe soignante

Nom

Prénom

Date et votre signature  
précédée de la mention « lu et approuvé »