



Centre Hospitalier  
Marguerite de Lorraine  
61400 Mortagne-au-Perche

**Centre Hospitalier Marguerite de Lorraine**  
Rue de Longny  
61400 MORTAGNE AU PERCHE  
Service d'addictologie Les Sources  
Tél : 02.33.83.42.77

# SERVICE LES SOURCES DOSSIER D'ADMISSION

Madame, Monsieur,

Dans le souci d'optimiser votre prise en charge sociale et médicale durant votre séjour dans le service, nous vous invitons à remplir avec précision le dossier ci-joint et de nous communiquer les documents demandés à l'adresse suivante :

**Secrétariat « Les Sources »**  
**Centre Hospitalier Marguerite de Lorraine**  
**Rue de Longny**  
**61400 Mortagne au Perche**

**Ou par fax au 02.33.83.40.59**

**Ou par mail :**  
**[sources.sec1@ch-mortagne.fr](mailto:sources.sec1@ch-mortagne.fr)**  
**[sources.sec2@ch-mortagne.fr](mailto:sources.sec2@ch-mortagne.fr)**

Selon les éléments fournis et par commodité :

- Un rendez-vous en consultation avec un médecin du service peut vous être proposé,
- Un membre de l'équipe peut vous contacter par téléphone avant votre admission pour plus de renseignements.

Vous en remerciant par avance, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

L'équipe Les Sources



## DOCUMENTS A JOINDRE À VOTRE DEMANDE :

- Une copie de votre carte d'identité.
- Une copie de votre mutuelle en cours de validité.
- Une attestation de vos droits (CPAM, MSA, CMU...)
- Le formulaire de la personne de confiance (*page 11*)
- L'engagement du patient daté et signé (*page 12*)
- L'engagement d'hébergement si besoin (*page 13*)
- Le motif d'exonération au titre d'une ALD si vous êtes concernés auprès de votre caisse d'assurance maladie, en adressant au Médecin Conseil une demande écrite et en joignant une copie de votre carte d'identité recto/verso.
- Le questionnaire « Vous et les substances addictives » complété (*page 15*)
- Une lettre de motivation du patient, retraçant les motivations, les projets (logement, famille, emploi...) et le suivi envisagé après la cure.

## CONSEILS DU SERVICE SOCIAL :

Dans les 48 heures qui suivent votre entrée et afin de faire valoir vos droits aux indemnités journalières, vous devrez faire parvenir un bulletin de situation :

- **Si vous êtes salarié** : 1 à votre employeur et 1 à votre caisse de sécurité sociale.
- **Si vous êtes indemnisé par Pôle Emploi**, vous devez le signaler. Durant l'hospitalisation, vos indemnités Pôle Emploi seront suspendues.

Vous devez donc déposer une demande d'indemnités journalières maladie auprès de votre caisse d'assurance maladie. Vous devez fournir :

- Les attestations des périodes indemnisées par Pôle Emploi.
- Les 4 derniers bulletins de salaire qui précèdent la période de chômage.
- Une attestation sur l'honneur (formulaire à retirer auprès de votre caisse).
- Le bulletin de situation.
- **Si vous êtes bénéficiaire du RSA**, un bulletin de situation devra également être adressé à votre organisme payeur.
- Même chose, **si vous êtes bénéficiaire de l'AAH**.



## FICHE ADMINISTRATIVE

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Adresse actuelle : .....  
.....

Téléphone fixe : ...../...../...../...../.....

Téléphone portable : ...../...../...../...../.....

NOM du Médecin Traitant : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

Adresse : .....  
.....

### Droits ouverts à :

- Sécurité sociale
- MSA
- Autre

N° immatriculation : .....

Adresse de la caisse : .....

Droits jusqu'au : ..... / ..... / .....

Etes-vous bénéficiaire d'une ALD ?

- Non       Oui à 100%       Oui à 80%

**Si oui**, est-ce en rapport avec la dépendance alcoolique ?     Oui     Non

**Si oui**, merci de nous retourner le formulaire page 14, complété et signé.

### Mutuelle :

**Il est impératif de vérifier auprès de votre mutuelle les conditions et la durée de prise en charge pour un séjour en établissement de soins de suite à discipline 214.**

Nom : .....

N° Adhérent : .....

Adresse de la caisse : .....

**Prise en charge de la discipline 214**                       Oui     Non

**Si oui**, pour quelle durée : .....jours

**Prise en charge du forfait journalier**                       Oui     Non

**Si oui**, pour quelle durée : .....jours



## FICHE SOCIO-PROFESSIONNELLE

### Situation familiale

- |                                      |                                      |                                      |                                    |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Marié (e)   | <input type="checkbox"/> Divorcé (e) | <input type="checkbox"/> Séparé(e) |
| <input type="checkbox"/> Veuf/ veuve | <input type="checkbox"/> Concubinage | <input type="checkbox"/> Pacsé(e)    |                                    |

Depuis le : ..... / ..... / .....

Nombre d'enfants : .....      Nombre d'enfants à charge : .....

Prénom, âge et situation des enfants :

.....

.....

.....

.....

.....

Profession du (de la) conjoint(e) : .....

### Situation professionnelle

Niveau d'études :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Non scolarisé(e)                      | <input type="checkbox"/> Primaire                                |
| <input type="checkbox"/> Collège / BEP/ CAP                    | <input type="checkbox"/> Lycée enseignement général ou technique |
| <input type="checkbox"/> Enseignements supérieur (> terminale) |  |

Profession : .....

Activité salariée :       Oui     Non

Arrêt de travail :       Oui     Non

Inscrit à Pôle Emploi :     Oui     Non

Métiers exercés : .....

.....

.....

.....

### Situation financière

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Salaire                 | Depuis le ..... / ..... / ..... |
| <input type="checkbox"/> Chômage                 | Depuis le ..... / ..... / ..... |
| <input type="checkbox"/> RSA                     | Depuis le ..... / ..... / ..... |
| <input type="checkbox"/> Pension invalidité      | Depuis le ..... / ..... / ..... |
| <input type="checkbox"/> AAH                     | Depuis le ..... / ..... / ..... |
| <input type="checkbox"/> Retraite                | Depuis le ..... / ..... / ..... |
| <input type="checkbox"/> Indemnités journalières | Depuis le ..... / ..... / ..... |

Dossier de surendettement :     Oui     Non



## Logement

- Propriétaire       Locataire       Appartement       Maison  
 Hébergé(e) à titre gratuit\*       Foyer\*       Sans domicile fixe\*

(\* fournir une lettre d'engagement d'hébergement pour ces trois situations)

Démarches en cours pour un relogement :      oui       non

Nécessité d'un hébergement social après la cure :      oui       non

Nombre de personne vivant dans le logement : .....

## Suivi social

Etes-vous suivi(e) par un service social ?       Oui       Non

**Si oui**, Nom du professionnel : .....

Adresse : .....

.....

## Antécédents judiciaires

- Prison       Sursis       Mise à l'épreuve

**Si oui**, préciser si mesure en cours : .....

.....

**Si suivi SPIP** : .....

Adresse du service : .....

.....

Nom du référent : .....

Avez-vous le permis de conduire ?       Oui       Non

**Si non**       Annulation       Suspension       Autre : .....



## FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

Chère consœur, cher confrère,

Pour une bonne coordination des soins, merci de remplir ce document.

Dès réception du dossier et des éléments demandés et après l'avis de la commission de pré-admission, une réponse vous sera transmise dans les plus brefs délais.

En vous remerciant de votre confiance.

Bien confraternellement.

L'équipe médicale Les Sources

Patient(e) orientée(e) par :

**Etablissement de santé :** .....

**Adresse :** .....

.....

.....

Tél : ...../...../...../...../.....

Fax : ...../...../...../...../.....

E-mail : .....

Si le (la) patient(e) est hospitalisé(e) :

Depuis quelle date : .... / ..... / .....      Sortie prévue le : .... / ..... / .....

Le motif de l'hospitalisation : .....

.....

.....

**Médecin :** .....

**Adresse :** .....

.....

Tél : ...../...../...../...../.....

Fax : ...../...../...../...../.....

E-mail : .....



## HISTOIRE DE LA MALADIE ALCOOLIQUE

Ancienneté : .....

.....  
.....

Circonstances de début : .....

.....  
.....

Éléments aggravants : .....

.....  
.....

Consommation : .....

.....  
.....

Antécédents de soins (dates et lieux) : .....

.....  
.....

Antécédents familiaux : .....

.....  
.....

Antécédents médicaux : .....

.....  
.....

Antécédents chirurgicaux : .....

.....  
.....

Antécédents allergiques : .....

.....  
.....



Antécédents psychiatriques : .....

.....

.....

Antécédents neurologiques : .....

.....

.....

### Autres addictions

Tabac :  Oui  Non

Drogues :  Oui  Non

Patient sous traitement de substitution ?  Oui  Non

Si oui lequel : .....

### Etat somatique actuel :

Taille : ..... cm

Poids : ..... kg

Examen cardio-vasculaire : .....

.....

.....

Examen pulmonaire : .....

.....

.....

Examen abdominal : .....

.....

.....

Examen neurologique : .....

.....

.....

Examen ORL : .....

.....

.....





**Traitement actuel :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Conséquences médico-psycho-sociales de ses consommations :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Le patient est-il apte :**

Aux activités manuelles  Oui  Non  
Activités sportives de remise en forme  Oui  Non

**Le patient a-t-il des rendez-vous programmés :**  Oui  Non

Si oui, lesquels et à quelle date : .....

.....  
.....  
.....



## EXAMENS A REALISER SYSTEMATIQUEMENT POUR TOUTE DEMANDE EN CURE ALCOOLOGIQUE

### **BIOLOGIE**

NFS  
VS  
CRP  
IONOGRAMME  
CREATININE  
TP  
GLYCEMIE  
TRIGLYCERIDES  
CHOLESTEROL HDL, LDL  
ACIDE URIQUE  
Transaminases SGOT SGPT  
GAMMA GT  
PHOSPHATASES ALCALINES  
LIPASEMIE

***datant de moins de 1 mois***

SEROLOGIES Hépatite B, C, HIV et syphilis

***datant de moins d'1 an***

### **ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

***datant de moins de 3 mois***

### **RADIOGRAPHIE PULMONAIRE**

***si fumeur, datant de moins de 6 mois  
si non fumeur, datant de moins d'1 an***

### **Un ECG récent**



### Formulaire de désignation de la personne de confiance (PDC)

Vous êtes une personne majeure et vous venez d'être admis(e) au Centre Hospitalier de Mortagne au Perche.

Vous avez la possibilité de désigner une personne de confiance. Il s'agit d'une personne majeure proche de vous (parents, amis, médecin traitant...) en qui vous avez confiance et à qui vous pourriez parler de vos choix en matière de santé.

Cela n'empêche pas que vous puissiez désigner une ou plusieurs autres personnes à prévenir en cas de besoin.

La personne de confiance peut vous accompagner dans vos démarches sociales et médico-sociales, être présente à la signature du contrat de séjour en EHPAD, elle peut assister aux entretiens médicaux (sans avoir accès à votre dossier médical) et vous aider dans les prises de décision concernant votre santé. Il ne lui sera pas communiqué les informations que vous souhaitez garder confidentielles et que vous aurez indiquées au médecin.

Elle est seulement consultée et ne se substitue pas à vous. Elle s'exprime en votre nom toujours selon vos instructions.

Elle deviendrait indispensable dans le cas où vous ne pourriez plus exprimer votre volonté et serait un interlocuteur privilégié pour l'équipe médicale.

Elle est désignée pour la durée de l'hospitalisation en remplissant le formulaire ci-joint et elle est révocable à tout moment par écrit, en le signalant aux soignants.

.....

Je soussigné(e) ..... (Nom, Prénom)

Avoir pris connaissance des informations concernant la désignation de la personne de confiance.

Je désigne ..... (Nom, Prénom)

Comme personne de confiance pour la durée de mon hospitalisation et / ou de mon hébergement.

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

**Signature du patient / du résident**

Fait à :

Le :

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée ci-dessus.

**Signature du patient / du résident**

Fait à :

Le :

.....

Je soussigné(e) ..... (Nom, Prénom)

Certifie avoir pris connaissance de ma désignation en qualité de personne de confiance et l'accepter.

Certifie avoir pris connaissance de ma désignation et ne pas l'accepter.

Coordonnées de la personne de confiance :

Adresse :

Téléphone :

Fait à :

Le :

**Signature de la personne de confiance**

### Information concernant la désignation de la personne de confiance (à remettre à la personne désignée)

Vous avez été désignée comme personne de confiance par un proche au Centre Hospitalier de Mortagne au Perche.

Vous êtes donc une personne majeure proche du patient (parents, amis, médecin traitant...) en qui il a confiance et à qui il va pouvoir parler de ses choix en matière de santé.

Cela ne lui empêche pas de pouvoir désigner une ou plusieurs autres personnes à prévenir en cas de besoin.

En tant que personne de confiance, vous pouvez accompagner le patient dans ses démarches, assister aux entretiens médicaux (sans avoir accès à son dossier médical) et l'aider dans les prises de décision concernant sa santé. Il ne vous sera pas communiqué les informations que le patient souhaite garder confidentielles et qu'il aura indiquées au médecin.

Votre avis est seulement consultatif et ne se substitue pas à celui du patient. Vous vous exprimerez en son nom toujours selon ses instructions.

Ce rôle deviendrait indispensable dans le cas où le patient ne pourrait plus exprimer sa volonté et vous seriez un interlocuteur privilégié pour l'équipe médicale.

Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation. Elle est révocable à tout moment par le patient, par écrit, en le signalant aux soignants.

Après avoir pris connaissance des informations ci-dessus, et après avoir échangé avec la personne qui vous a désigné, vous êtes invité à remplir le formulaire vous concernant pour accepter ou non cette désignation.



## ENGAGEMENT DE L'INTERESSE(E)

Je soussigné(e), Monsieur/Madame .....

1. M'engage à régler le ticket modérateur (86.60 € tarif 2013 par jour) et le forfait journalier (18 € tarif 2013 par jour) si ma mutuelle refuse la prise en charge ;
2. M'engage pour une hospitalisation dans le service « les Sources » d'une durée de quatre semaines.

## POUR OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DE VOS SOINS

3. Seriez-vous opposé :

a. A l'envoi de votre compte rendu d'hospitalisation à votre médecin traitant et au praticien hospitalier qui vous a adressé dans notre service ?

OUI

NON

b. A la demande des comptes rendus d'hospitalisation pour des séjours antérieurs dans d'autres structures ?

OUI

NON

c. A la participation d'un membre de votre entourage (famille et/ou proches) à vos soins : rencontre avec l'équipe soignante, réunions entourages ?

OUI

NON

Noms et coordonnées de votre entourage : .....

.....  
.....  
.....

Date : .....

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :



## ATTESTATION SUR L'HONNEUR D'HEBERGEMENT

Je soussigné(e), Madame/Monsieur .....,  
déclare sur l'honneur héberger Madame/Monsieur .....,  
né(e) le ...../...../....., à mon domicile situé au :

.....  
.....  
.....

Je m'engage à héberger Madame/Monsieur .....  
à sa sortie d'hospitalisation.

*Fait pour servir et valoir ce que de droit.*

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature :



NOM Prénom :

.....



À renvoyer soit :

Centre Hospitalier Marguerite de Lorraine  
Service les Sources  
9 Rue de Longny  
61400 MORTAGNE AU PERCHE

Ou par mail : [sources.sec1@ch-mortagne.fr](mailto:sources.sec1@ch-mortagne.fr) et [sources.sec2@ch-mortagne.fr](mailto:sources.sec2@ch-mortagne.fr)

Ou par fax : 02.33.83.40.59

DATE : ..... / ..... / .....

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande de prise en soins par le service des Sources, nous vous proposons de répondre à ce questionnaire à la fois pour **vous** amener à réfléchir sur vos consommations et pour **nous** permettre de mieux vous connaître. Dans un objectif de pouvoir vous proposer un parcours de soin individualisé.

Votre demande de soins sera étudiée le vendredi suivant la réception de ce questionnaire.

L'équipe du service d'addictologie « les Sources ».



## VOUS ET LES SUBSTANCES ADDICTIVES

Mettez une croix dans les bonnes cases :

	Je pense être dépendant ou en difficulté	J'ai expérimenté et je ne consomme plus actuellement	Jamais consommé	J'aimerais arrêter	J'aimerais modérer	J'aimerais continuer
Alcool						
Tabac						
Cannabis						
Cocaïne / crack						
Héroïne						
Médicaments						
CBD						
Autre : ..... ..... .....						

Quels sont les produits principaux qui vous mettent en difficulté aujourd'hui et pour lesquels vous demandez des soins ?

.....  
 .....  
 .....

Contexte du premier contact avec le ou les produits :

.....  
 .....  
 .....

Mettez une croix dans les bonnes cases :

Je pense avoir des difficultés ou être en excès :

- Jeux vidéo       Nourriture       Autre .....
- Jeux d'argent     Sport
- Sexe                 Travail



Depuis quand votre consommation est un problème pour vous ? Pourquoi c'est un problème aujourd'hui ?

.....  
 .....  
 .....

Y a-t-il eu un évènement déclencheur ? Lequel ?

.....  
 .....  
 .....

Quels sont les conséquences de cette consommation dans votre vie ?

.....  
 .....  
 .....

	OUI	NON	Où ?	Quand ?
Sevrage à l'hôpital				
Sevrage sans aller à l'hôpital				
Cure et / ou post-cure				
Consultations avec un médecin addictologue				
Associations d'entraide				

Entourez la réponse : Période(s) sans alcool : OUI NON

Si oui, quand ? .....

Combien de temps ? .....

Vécu de cette période ? Entourez le visage correspondant :



Ce qui vous a aidé pour diminuer la consommation :

.....  
 .....  
 .....

Les causes de la reprise de consommation :

.....  
 .....  
 .....





Pourquoi voulez-vous venir en soins ?

.....  
.....  
.....

Pourquoi le choix de notre structure ?

.....  
.....  
.....

Ce qui me plait dans l'alcool	Ce qui ne me plait pas dans l'alcool