



LES SOINS A L'ADLCA

Le cadre de soins proposé à l'ADLCA est celui de **l'expérimentation de l'abstinence de toute substance ou de tout comportement addictif**.

L'établissement propose un séjour thérapeutique de **3 semaines** pour réaliser un sevrage, à compléter par un parcours de **8 semaines** pour consolider la démarche de soins engagée et reconstruire un projet de vie personnel.

Les objectifs de notre programme sont les suivants :

- * Vous accompagner au retour à une vie sans substance
- * Vous permettre de faire un choix de vie éclairé conforme à vos aspirations
- * Vous permettre de mieux comprendre votre relation aux substances psychoactives
- * Travailler sur vos compétences, sur l'autonomie, la confiance et l'estime de soi
- * Mettre en place ou maintenir un suivi : médical, social, psychologique, éducatif
- * Préparer votre retour à la vie quotidienne

Les modalités de prise en charge sont centrées sur le patient autour d'objectifs de changements définis au préalable.

Une visite de l'établissement est possible avant l'admission. Prendre contact avec la cadre de santé.

L'ADLCA transmet des informations relatives à votre séjour dans votre Dossier Médical Partagé (DMP). Il s'agit d'un carnet de santé numérique pour chaque citoyen français. Vous trouverez les informations utiles à l'activation de votre DMP sur le site www.monespacesante.fr. La consultation de votre DMP est soumise à votre consentement.

Des informations nominatives, administratives et médicales vous concernant sont recueillies au cours de votre séjour. Sauf opposition justifiée de votre part, elles font l'objet de traitements automatisés (informatiques) ou non automatisés (support papier) destinés à permettre votre meilleure prise en charge au sein de la structure. Elles sont réservées aux équipes de soins qui vous suivent, ainsi qu'aux services administratifs chargés de la gestion de votre dossier. L'ADLCA s'engage à garantir la confidentialité de ces données.

Pour exercer vos droits Informatique et Libertés, ou pour toute information sur ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@aldca.fr. Vous pouvez également adresser une réclamation auprès de la CNIL (<https://www.cnil.fr/fr/plaintes>) si vous estimez que ce dispositif n'est pas conforme aux règles de protection des données personnelles.

Version	Date	Nature de la modification
8	Février 2025	Mise à jour : Adresse MSS, reprogrammation bilan biologique, + directives anticipées.
7	Décembre 2023	Mise à jour : Modifications + ajouts email admissions Sevrage simple 11j, Codes DMT, autorisation refus accès dossier si décès, DMP, mentions RGPD
6	Octobre 2022	Mise à jour : Ajout Renseignements Psychiatriques -sociaux / encart décision ...
3 à 5	Mars 2020 à Juin 2022	Mises à jour suivant l'évolution des mesures liées à la pandémie au COVID-19
2	Mai 2019	Mise à jour : complément des infos demandées
1	Octobre 2018	Création

MISE A JOUR :
Noms : S.DARNIOT, S.TRESSE, N.CHATELAIN, A.
BACHELET
Date : 12 février 2025
Emargement : 

VERIFICATION :
Nom : Vanessa ESPINOS
Date : 12 février 2025
Emargement : 

VALIDATION :
Nom : Dr N. BARTHET
Date : 12 février 2025
Emargement : 

Nous vous remercions de nous retourner le dossier complété via :

- Pour les professionnels de santé : secmed@adlca.mssante.fr *
* Envoi du dossier de demande d'admission renseigné par Messagerie Sécurisée de Santé.
Afin de garantir la sécurité des données personnelles contenues dans le dossier de demande d'admission, nous invitons les professionnels de santé à utiliser l'adresse sécurisée mentionnée ci-dessus.
- Pour les particuliers : Privilégier l'envoi postal (fax et mail déconseillés car moins sécurisés) :

Unité de Soins MCO
Centre de Soins Médicaux et de Réadaptation en Addictologie

7 rue de la Demi-Lune
39140 Bletterans

Tel : 03.84.48.17.21

Pour toute demande de renseignements, l'adresse admissions@adlca.fr reste utilisable.

Nous attirons votre attention sur les documents à fournir :

Avec votre dossier de demande d'admission renseigné

1. Dernier compte-rendu d'hospitalisation (si entrée directe en SSRA) consécutif à une hospitalisation ;
2. Bulletin de situation si entrée consécutive à une hospitalisation ;
3. Radio pulmonaire moins de 6 mois (facultatif) ;
4. Dernière ordonnance de médicaments ;
5. Lettre de motivation ;
6. Formulaire personne de confiance ;
7. Copie de votre pièce d'identité officielle ;
8. Copie de votre carte vitale, mutuelle, ou Attestation CSS ou AME.



OBLIGATOIREMENT

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ETUDIE

Lors de votre arrivée à ADLCA

Afin de prévenir les risques d'erreurs liés à une mauvaise identification et afin de fiabiliser votre dossier, vous devrez également présenter à votre arrivée les documents suivants :

- Une pièce d'identité officielle, comme votre carte nationale d'identité ou passeport ou carte de séjour ou nouveau permis de conduire



- Votre carte VITALE (une borne de lecture et de mise à jour est disponible à l'accueil)



- Votre carte d'adhérent à une complémentaire santé



ou votre attestation Complémentaire Santé Solidaire (CSS) en cours de validité ou votre attestation d'Aide Médicale d'État (AME)



Ne pas apporter vos médicaments personnels.

**Un bilan biologique vous sera demandé à réception de la date de votre admission.
Il sera à réaliser dans les 10 jours qui précéderont votre arrivée à ADLCA.**

Tout changement de l'état clinique du patient / traitement / faits marquants éventuels... doit faire l'objet d'une réactualisation de ces informations dans les jours qui précèdent l'admission

Les admissions se déroulent du **lundi au jeudi entre 9h et 12h**

Il est impératif de nous prévenir en cas d'imprévu

Pour le retour à domicile, prévoir la somme d'argent nécessaire à l'achat du billet de train ou tout autre moyen de transport.

Aucun bon de transport ne sera établi pour le voyage de retour au domicile

Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____



Nom de la personne ayant complété le dossier :

Sevrage simple
11 Jours ☐

Sevrage + Séjour
thérapeutique **3 semaines** ☐

Service de Soins Médicaux et de Réadaptation
en Addictologie – SMRA **8 Semaines** ☐

INDICATION DE SEJOUR

Nom du médecin adresseur Spécialité

 



Établissement adresseur : Service

Adresse

Code postal Ville

Suivi CSAPA OUI ☐ NON ☐

CSAPA Référent

Adresse

Code postal Ville

Ce séjour est-il consécutif à une autre hospitalisation ? OUI ☐ (joindre un bulletin de situation) NON ☐

Date et lieu de séjour.....

Date d'admission souhaitée : ____ / ____ / ____

ETAT CIVIL DU PATIENT

Nom Prénom

Nom de naissance

Né(e) le A.....

Pays Age

Adresse

Code postal : Ville





Situation familiale : Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Concubinage/PACS ☐ Veuf(veuve) ☐ Divorcé(e)/séparé(e) ☐

Enfants : NON ☐ OUI ☐ Si oui combien : _____ A charge ☐ Garde ☐ Placement ☐ Droit de visite ☐

Autre, préciser ☐.....

Personne à prévenir Lien de parenté ou autre

Adresse

Code postal : Ville 

Médecin traitant ou médecin désigné

Adresse

Code postal : Ville..... 

*Le patient a-t-il émis des directives anticipées ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de les joindre à ce dossier ou nous indiquer la personne détentrice :

*A votre demande, une information sur les directives anticipées pourra vous être délivrée au cours de votre séjour.

Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____



RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX

SITUATION SOCIALE

Sécurité sociale (joindre la copie de l'attestation de droit en cours de validité)

N°SS ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Ouverture des droits jusqu'au : ____ / ____ / ____

Nom de l'organisme gestionnaire

Adresse

Code postal Ville ☎

Prise en charge ALD (affection longue durée) ☐ OUI ☐ NON

Organisme complémentaire (joindre la copie de la carte mutuelle)

N° adhérent

Nom de l'organisme complémentaire

Adresse

Code postal Ville ☎

Prise en charge forfait journalier ☐ OUI ☐ NON **Code DMT ☐ MCO : 210**

Prend-elle en charge les addictions ? ☐ OUI ☐ NON **☐ SMR : 518**

Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ☐ OUI ☐ NON ☐ EN COURS

Dossier établi le ____ / ____ / ____ Par

Auprès de quel organisme

Date de validité ____ / ____ / ____ ☎

Accompagnement social

Bénéficiez-vous d'un suivi social régulier ? ☐ OUI ☐ NON

Organisme ☎

Travailleur social/Educateur

Adresse

Code postal Ville ☎

☒

Démarches en cours

Emploi

Logement ☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Sans domicile fixe ☐ Institution

☐ Hébergé chez un proche de façon : ☐ Temporaire ☐ Durable

Démarches en cours

Projet de suivi (social, médical, psychologique)

Autres projets (préciser)

Nom :
Prénom :

Nom de Naissance :
Date de naissance : ____ / ____ / ____



SITUATION JUDICIAIRE

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ☐ OUI ☐ NON.....
☐ Sauvegarde de justice ☐ Placement extérieur ☐ Curatelle ☐ Curatelle renforcée ☐ Tutelle ☐ En cours Personne
ou service en charge de la mesure Adresse
.....
Code postal Ville ☎
Comité de probation Référent
Adresse
Code postal Ville ☎

SITUATION PROFESSIONNELLE

Diplôme/niveau scolaire
☐ Salarié(e) depuis le : ____ / ____ / ____
Employeur
Fonction
☐ Inscrit(e) à pôle emploi depuis le : ____ / ____ / ____
Allocation réglée par N° Allocataire
☐ En invalidité
Pension réglée par N° Allocataire
☐ Reconnu(e) adulte handicapé
AHH réglée par N° Allocataire
☐ Bénéficiaire du RSA depuis le : ____ / ____ / ____
Réglée par N° Allocataire
☐ Retraité(e) depuis le ____ / ____ / ____
☐ Autre situation (préciser)

Nom :
Prénom :

Nom de Naissance :
Date de naissance : ____ / ____ / ____



DOSSIER MEDICAL du séjour

En cas de décès, les ayants-droits peuvent demander l'accès à certaines informations contenues dans votre dossier médical.

- ☐ J'AUTORISE l'accès aux informations contenues dans mon dossier médical durant mon séjour à l'ADLCA.
- ☐ JE REFUSE l'accès aux informations contenues dans mon dossier médical durant mon séjour à l'ADLCA.

Le ____/____/____ SIGNATURE PATIENT :

Cette décision peut être modifiée au cours de votre séjour.

Décision modifiée le : ____/____/____

- ☐ J'AUTORISE l'accès aux informations contenues dans mon dossier médical durant mon séjour à l'ADLCA.
- ☐ JE REFUSE l'accès aux informations contenues dans mon dossier médical durant mon séjour à l'ADLCA.

SIGNATURE DU PATIENT :

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

A compléter par un médecin et à transmettre sous pli confidentiel

ANTECEDENTS

Médecin traitant ou médecin désigné

Adresse

Code postal : Ville 

Médicaux

.....

.....

.....

Chirurgicaux

.....

.....

.....

Psychiatriques

.....

.....

.....

.....

Suivi assuré par Dr

Adresse

Code postal Ville 

Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____



Séjours en psychiatrie

DATE	ETABLISSEMENT	MOTIF

Antécédent TS

☐ OUI

☐ NON

Date de la dernière ____ / ____ / ____

Si oui, pouvez-vous préciser

.....

.....

Trouble de la personnalité (préciser)

.....

.....

.....

Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____



ETAT PSYCHIATRIQUE ACTUEL

Symptômes actuels

.....

Diagnostic personnalité

.....

Diagnostic psychiatrique éventuel

.....

Risque suicidaire

.....

Trouble du comportement/violence

.....

Traitement psychiatrique en cours.....

.....

CAPACITES COGNITIVES

A compléter seulement pour une entrée directe en SSR

Le patient présente-t-il des troubles cognitifs ☐ OUI ☐ NON

Une évaluation cognitive a-t-elle été réalisée (MoCA, BEARNI, ...) ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, test de dépistage et score

Si un bilan neuropsychologique a été réalisé dans les 6 mois précédents, merci de joindre une copie

ETAT CLINIQUE ACTUEL

Etat nutritionnel Poids

Tension Artérielle

Statut vaccinal : merci de joindre une copie du carnet de santé/carnet de vaccination

Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

CONDUITE ADDICTIVE

SUBSTANCE	ACTUELLE	ANTERIEURE
Alcool		
Tabac		
Cannabis		
Héroïne		
Benzodiazepines		
Cocaïne		
Sans substance (Jeux, sport, sexe...)		
Autre préciser		

SEJOURS PRECEDENTS EN ADDICTOLOGIE

DATE	LIEU	DUREE D'ABSTINENCE

AFFECTION LONGUE DUREE (ALD)

☐ OUI

☐ NON

Motif de l'ALD



Si ALD, merci de joindre impérativement le protocole de soin



ELEMENTS SIGNIFICATIFS

Éléments à retenir pour la prise en charge à venir (Traumatisme, appréhension au changement, contexte familial, appréhension travail collectif...)

.....

.....

.....

.....

COMMENTAIRES LIBRES

.....

.....

.....

.....

.....

Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____



RENDEZ-VOUS PLANIFIES
(Médicaux, professionnels, judiciaires, sociaux, ...)

DATE	TYPE DE RENDEZ-VOUS	LIEU

ATTESTATION

Je soussigné(e) Dr

Atteste que

peut mener une vie normale en collectivité sans précaution particulière pour lui-même comme pour autrui.

Dans le cas d'un transfert direct de mon établissement, je m'engage à le réadmettre dans mon service en cas de rechute ou de difficultés d'adaptation.

Fait à

Le ____ / ____ / ____

Cachet et Signature du Médecin obligatoire

Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____



DOC 04-01-001 V2

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

Vous êtes hospitalisé(e) au sein de notre établissement et vous souhaitez être accompagné(e) dans vos démarches à l'hôpital. La loi du 4 mars 2002 vous autorise à désigner en toute liberté une **personne de confiance**, qui peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant.

Cette personne pourra, selon votre souhait :

- Vous accompagner dans toutes vos démarches à l'hôpital
- Assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions
- **Être consultée par le médecin, si l'évolution de votre état de santé ne vous permettait plus d'exprimer vous-même vos souhaits sur la poursuite de vos soins et de recevoir l'information.**

Important : En aucun cas, la personne de confiance ne sera autorisée à accéder à votre dossier médical, en dehors de votre présence, et, sans votre accord exprès.

La désignation de la personne de confiance doit se faire par écrit et ne concerne pas les personnes mineures.

Elle est valable pour toute la durée de votre hospitalisation, sauf volonté contraire de votre part : votre choix est en effet révocable à tout moment.

Cette révocation éventuelle devra être signalée à un membre de l'équipe soignante, afin de mettre à jour votre dossier.

Attention : Personne de confiance et Personne(s) à prévenir sont 2 notions distinctes : la personne de confiance fait partie des personnes à prévenir en cas de besoin, mais, son rôle, décrit ci-dessus, va au-delà de celui des personnes à prévenir.

Je soussigné(e) **Nom** **Prénom**

Nom de jeune fille

☐ **Déclare avoir été informé(e) de la possibilité de désigner une personne de confiance, mais ne souhaite pas le faire**

☐ **Désigne comme Personne de Confiance**

☐ Monsieur

☐ Madame

☐ Mademoiselle

Nom Nom de jeune fille

Prénom

Adresse

Code postal : Ville ☎

Cette personne de confiance est (préciser) : ♦ Un parent

♦ Un proche

♦ Mon médecin traitant

Je m'engage, par ailleurs, à informer cette personne de cette désignation et à m'assurer de son accord.

Fait à Le

Signature du patient

Signature de la personne de confiance (OBLIGATOIRE)

Cadre réservé au service

Impossibilité de recueillir le choix du patient

Date et heure

Motif de cette impossibilité

Nom et fonction de la personne

Signature

Date

Date

Nom et prénom de la personne recueillant la révocation

Nom et prénom de la personne recueillant la confirmation

Signature

Signature

Merci de nous indiquer vos motivations au soin et les objectifs recherchés

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Formulaire d'accord au partage de vos coordonnées à l'AMICALE des anciens patients.

Madame, Monsieur,

A la suite de votre séjour au sein de l'Association départementale de lutte contre les addictions, **l'AMICALE des Anciens Patients** se propose de vous envoyer des communications par courrier ou par courriel, sur les sujets suivants :

- Envoi par mail du journal des patients et des anciens patients ;
- Invitation aux journées de l'amicale (1 à 4 par an) ;
- Proposition d'adhésion à l'amicale.

A ce titre, l'Amicale des anciens patients souhaite accéder aux données nominatives, adresse postale et courriels des anciens patients ADLCA.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des Données à caractère personnel et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez vous opposer au Traitement des Données vous concernant qui vous est proposé.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de vos Données ou encore de limitation du Traitement.

Vous pouvez exercer vos droits ou obtenir plus d'informations sur le Traitement de vos Données à caractère personnel par l'Amicale, en contactant à l'adresse suivante : amicaleapadlca@gmail.com ou à l'adresse postale suivante :

Amicale des Anciens Patients _ 7 rue de la Demi-Lune _ 39140 Bletterans.

☐ J'accepte que mes données nominatives, mon adresse postale et mon adresse mail soient transmises à l'Amicale

☐ Je m'oppose à ce que mes données nominatives, mon adresse postale et mon adresse mail soient transmises à l'Amicale

Nom/ Prénom :

Adresse postale :

Adresse mail :

.....

.....

Fait et signé à Le

Signature