



CENTRE DE SOINS EN ADDICTOLOGIE

6 Place du Pré Commun  
48500 LA CANOURGUE

Tél : 04 66 42 56 56

Fax : 04 66 32 90 64

*Email : [contact@maison-sainte-marie.fr](mailto:contact@maison-sainte-marie.fr)*

*Site : [ssr.addictologie.a2lfs.fr](http://ssr.addictologie.a2lfs.fr)*

Soins de Suite et de Réadaptation  
Alcoologie – Addictologie

Pour Femmes  
&  
Femmes avec Enfants

**DOSSIER D'ADMISSION**

A réception du dossier complet, celui-ci sera par les professionnels concernés. Après acceptation du dossier, nous vous proposerons une date d'entrée.

Concernant la durée du séjour, l'établissement propose un séjour type de **8 semaines** qui permet à la patiente de participer à l'ensemble du programme thérapeutique.

Un séjour d'une durée plus courte (6 semaines) peut être proposé en fonction de la situation personnelle de la patiente, de ses besoins et de son parcours de soins.

Cette durée est à préciser sur la fiche médicale du dossier (page 6).

**Les personnes suivantes peuvent être contactées :**

Directrice	<i>Mme BLANC Marie-Christine</i>	}	04 66 42 56 56
Assistante Sociale	<i>Mme GOLLIARD Anne</i>		
Médecin	<i>Dr MAILLE Grégoire</i>		
	<i>Dr GACHE François</i>		
Service infirmier			04 66 42 56 55

## **Pièces à joindre impérativement à votre dossier**

L'attestation des droits de sécurité sociale actualisée

La carte mutuelle recto-verso ou l'attestation de droits CSS

Si 100% : protocole de soins

Copie Pièce d'identité

Lettre de motivation

Bilans sanguins

Ordonnances en cours

**Si dossier avec enfant** : carnet de santé – extrait de jugement en cas de divorce –

Le jour de votre admission : un certificat de radiation temporaire ainsi qu'une attestation d'assurance scolaire.

# Fiche Administrative

## Fiche d'identité

Nom usuel : .....

Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : ...../...../..... Âge : .....

Situation familiale :  Mariée  Célibataire  Concubinage  Séparée  Divorcée  Veuve

Adresse actuelle : .....

Mail : ..... Tél : .....

## Avez-vous déjà effectué un séjour dans notre établissement

oui  non Si oui préciser le nombre : ..... Année(s) : ...../...../.....

## Personne à prévenir

Nom Prénom : .....

Lien avec la personne hospitalisée : ..... Tél : .....

## Caisse d'affiliation

Numéro de sécurité sociale : .. / .. / .. / .. / .. / .. / .. / ..

Droits ouverts du : ..... au : ..... N° du Centre : .....

Nom et adresse de la caisse : .....

Si la personne hospitalisée n'est pas l'assurée : .. / .. / .. / .. / .. / ..

Nom prénom de l'assuré(e) : ..... Lien de parenté : .....

**100% ALD** (en rapport avec hospitalisation) :  oui  non si oui : joindre le protocole de soins

**CSS** :  oui  non droits jusqu'au : .....  Avec participation  sans participation

**MUTUELLE** :  oui  non si oui : Coordonnées et adresse : .....

Modalités de transport pour vous rendre à SMR Ste Marie :

Train  Véhicule Personnel  Accompagnée par l'entourage

VSL : \* si vous venez de votre domicile et au-delà de 150 KM vous devez faire parvenir à votre CPAM au moins 15 jours avant votre arrivée, une prescription cerfa11575\*07 « demande d'accord préalable de transport » complétée par votre médecin.

\* si vous venez en transfert direct, voir modalités avec l'établissement de sevrage

# Fiche Sociale

Nom de la patiente : ..... Prénom : .....

Situation familiale : .....

Nombre d'enfant(s) : .....

(si séparation ou divorce joindre la copie du droit de garde et hébergement de chacun des parents)

## Situation professionnelle actuelle

Exerce un emploi actuellement (préciser) : .....

N'exerce pas d'emploi actuellement : préciser depuis quelle date : .....

## Ressources actuelles

Salaire : ..... €

Allocation chômage : ..... €

Indemnités journalières (CPAM) : ..... €

Pension d'invalidité : ..... €

AAH : ..... €

RSA : ..... €

Retraite : ..... €

Ressources non régularisées à ce jour :

Préciser : .....

## Logement actuel

Propriétaire    Locataire    Hébergée (préciser) :  Famille  Amis   Nom et adresse

Sans domicile, préciser les démarches en cours :

## Logement à la sortie du SMR Ste Marie

Retour au domicile

Changement d'adresse (préciser) : .....

.....

.....

CHRS (adresse) : .....

.....

.....

Appartement thérapeutique (adresse) : .....

.....

Une Attestation d'hébergement signée de la personne de la structure qui héberge doit nous être envoyée avec les pièces administratives. Elle doit stipuler que cet hébergement perdure à la sortie.

## Suivi social ou éducatif

Assistante Sociale    CESF    Educateur Spécialisé    Autre :

Nom prénom .....

N° de téléphone : .....

.....

**Nature de l'intervention :**

**Date :**

Nom prénom .....

N° de téléphone : .....

.....

**Nature de l'intervention :**

**Date :**

**Mesures en cours**  
(joindre la copie du jugement)

AEMO administrative depuis le :

AEMO Judiciaire depuis le :

Autre : ..... depuis le :

Mesure de protection aux majeurs :     MASP     curatelle     tutelle     Autres

Nom prénom délégué de tutelle .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

.....

**Observations complémentaires**

# Fiche Médicale

Nom de la patiente : ..... Prénom : .....

Afin que cette demande d'admission soit étudiée par la commission d'admission

Le médecin prescripteur doit :

➤ Renseigner toutes les rubriques ci-dessous

➤ Joindre au dossier : Bilan sanguin récent à fournir : NFS-Taux de Prothrombine – TGO – TGP - Gamma GT – Glycémie – Hémoglobine glyquée – Ionogramme – Urée – Créatinine – albuminémie – Ferritine + Fer sérique – Vitamine D – Acide Folique – Vitamine b12 – Dosage médicaments si nécessaire- VIH – VHC – VHB.

## Médecin Prescripteur :

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : ..... Fax : .....

Adresse mail : .....

Date :

SIGNATURE :

Cachet Obligatoire du médecin prescripteur

## PARCOURS DE SOINS :

### Soignants accompagnant la patiente :

	Nom-Prénom	Adresse	Téléphone	Depuis quelle date
Médecin traitant :				
Médecin psychiatre				
Médecin addictologue :				
Autres :				



La patiente n'a pas de traitement

**Antécédents médicaux :**    **Age :**                    **Taille :**                    **Poids :**

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

**Allergies :**     OUI     NON

Si oui préciser : .....

**Appareillage :**

**Oxygène**  OUI  NON - **SAOS**  OUI  NON - **Autre**  OUI  NON préciser : .....

**Troubles cognitifs :**  OUI  NON

Si oui préciser : .....

**Autonomie :**

Manger et boire	seule	avec aide
Se laver	seule	avec aide
Se vêtir	seule	avec aide
Capacité à se déplacer	seule	avec aide
Monter les escaliers	seule	avec aide

**Aptitudes aux activités physiques et sportives :**                     oui                     non

**Antécédents Chirurgicaux :**

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

**Antécédents Psychiatriques :**

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

**Les troubles psychiatriques sont-ils stabilisés :**     oui     non

**Risque Suicidaire :**                     oui                     non

**Observations :**

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

## Fiche Enfant(s) si nécessaire

### La patiente sera-t-elle accompagnée de son ou ses enfant(s) ?

Oui  non Nombre : .....

**Enfant 1 :**

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... âge : .....

Scolarité pendant le séjour :  OUI  NON

Choix de l'école :

Ecole Publique

Ecole privée

Préciser la classe : .....

**Enfant 2 :**

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... âge : .....

Scolarité pendant le séjour :  OUI  NON

Choix de l'école :

Ecole Publique

Ecole privée

Préciser la classe : .....

**Pour la scolarité : certificat de radiation temporaire de scolarité ainsi attestation d'assurance scolaire**

### Informations concernant l'enfant (1) accompagnant la mère

Nom : ..... Prénom : ..... Age : .....

Préciser s'il y a des éléments particuliers concernant la santé de l'enfant :

.....  
.....

### Informations concernant l'enfant (2) accompagnant la mère

Nom : ..... Prénom : ..... Age : .....

Préciser s'il y a des éléments particuliers concernant la santé de l'enfant :

.....  
.....

Notes :

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.

# ACCES A LA MAISON SAINTE MARIE

Accès autoroute : A75 sortie 40

Accès SCNF : Gare (Banassac-La Canourgue / Mende/ Séverac Le Château)

Accès Aéroport : Rodez

