

Dossier de demande d'admission

*Service de Soins Médicaux et de Réadaptation
pour affections liées aux conduites addictives*



Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint un dossier de demande d'admission au sein de l'établissement de Soins Médicaux et de Réadaptation pour affections liées aux conduites addictives de la Clinique du Pic Saint Loup.

Voici les éléments que doit comporter votre dossier :

1. Partie administrative :

- ☐ une photocopie recto-verso de votre pièce d'identité ;
- ☐ la photocopie de votre attestation de droits à la sécurité sociale ou notification CMU à jour de droits ;
- ☐ la photocopie de votre carte mutuelle à jour de droits ;
- ☐ un bulletin d'hospitalisation (si transfert d'un autre établissement de santé) ;
- ☐ un chèque de caution de 700€.

2. Partie médicale :

- ☐ une partie médicale remplie par le médecin à nous retourner accompagnée d'une copie de la prescription médicale de demande de séjour ;
- ☐ une copie de la dernière ordonnance (si traitement en cours) ;
- ☐ le dernier bilan biologique et autre examen (si disponible) ;
- ☐ le dernier ECG ;
- ☐ une lettre de motivation.

Le dossier complet est à renvoyer par :

- Mail : accueil.addictologie@clinique-psl.net
- Téléphone : 04 67 14 19 00
- Fax : 04 67 14 76 14
- Courrier : Clinique du Pic Saint Loup
96 avenue Saint Sauveur du Pin
34980 Saint-Clément-de-Rivière

À réception, votre dossier sera examiné par notre commission médicale.

Après validation du dossier, nous vous recontacterons pour envisager une date d'admission.

NB : Tout dossier non complet ne sera pas examiné en commission médicale.



Membre du Groupe Clinipole
www.groupeclinipole.fr

OCTOBRE 2025

Renseignements administratifs

à remplir par le patient

a. Identification du patient

☐ Madame

☐ Monsieur

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

Lieu de naissance : Nationalité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :

Profession :

b. Médecin traitant

Nom - Prénom : Téléphone :

Adresse :

Mail :

c. Médecin spécialiste (psychiatre, addictologue ou autre)

Nom - Prénom : Téléphone :

Adresse :

Mail :

d. Couverture sociale

Caisse d'assurance maladie :

Numéro de Sécurité Sociale :

Centre et adresse :

.....

Etes-vous bénéficiaire : ☐ CMU ☐ ALD ☐ Invalidité

Mutuelle :

Adresse :

.....

Téléphone :

N° Adhérent :

☐ Je déclare être **volontaire** pour suivre un séjour de **5 semaines sans interruption ni départ prématuré** et participer à toutes les activités proposées.

Fait à :

Le :/...../.....

Signature du patient

Dossier médical

à remplir par le médecin

a. Identification du médecin adresseur

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse :

.....

Tel :

Mail :

Cachet

Etes-vous le médecin traitant du patient ? ☐ Oui ☐ Non

Etes-vous le spécialiste qui le suit ? ☐ Oui ☐ Non

b. État actuel des conduites addictives

• Substance

Alcool ☐ Oui ☐ Non

Tabac ☐ Oui ☐ Non

Cannabis ☐ Oui ☐ Non

Cocaïne ☐ Oui ☐ Non

Opiacées ☐ Oui ☐ Non

Addiction médicamenteuse ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quel(s) médicament(s) ?

.....

Addiction à d'autres produits ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel ou lesquels ?

.....

- Comportement

Jeu d'argent pathologique ☐ Oui ☐ Non

Achat compulsif ☐ Oui ☐ Non

Trouble du comportement alimentaire ☐ Oui ☐ Non

Ecrans/cyberaddiction ☐ Oui ☐ Non

Autre :

Traitement de substitution aux opiacés ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel ?

Y-a-t-il mésusage ? ☐ Oui ☐ Non

c. La demande de réhabilitation (postcure) émane (plusieurs réponses possibles)

☐ Du patient ☐ De son entourage ☐ D'une proposition médicale ☐ De la justice

d. Histoire de l'addiction

Y-a-t-il eu des sevrages physiques antérieurs (hospitalisation < 12 jours) ou des sevrages ambulatoires spécialisés ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien ?

Y-a-t-il eu des cures antérieures (hospitalisation >21j) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien ?

e. Suivi actuel

Le patient a-t-il actuellement un suivi spécialisé ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, ☐ Psychiatre ☐ Addictologue ☐ Association d'entraide ☐ Autre :

f. Répercussions de l'addiction

Familiales :

Sociales :

Professionnelles :

Conséquences médico-légales :

g. Antécédents psychiatriques

- Pathologie en cours ?

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

- Hospitalisation en psychiatrie ? (si oui, précisez) :

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

- Situation psychique actuelle : ☐ Stable ☐ Instable

h. Antécédents somatiques

- Cardiologie

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

- Pneumologie

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

Nécessite-t-il de l'O2 ? ☐ Oui ☐ Non

- Neurologie

.....

.....

.....

Existe-il une altération cognitive sévère ? ☐ Oui ☐ Non

- Gastrologie

.....

.....

.....

Existe-il une insuffisance hépatique ? ☐ Oui ☐ Non

Le patient présente-t-il un état de dénutrition ? ☐ Oui ☐ Non

Le patient est-il capable d'assurer les gestes de la vie quotidienne ? ☐ Oui ☐ Non

Le patient est-il capable de monter un escalier ? ☐ Oui ☐ Non

Le patient est-il capable de comprendre et de parler français sans difficulté ? ☐ Oui ☐ Non

Existe-t-il un déficit sensoriel (auditif ou visuel) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, est-il sévère ou modéré ? ☐ Sévère ☐ Modéré

Autre antécédent ? Si oui, précisez :

i. Difficultés particulières

Un logement ou hébergement est-il prévu à sa sortie ?

☐ Chez lui ☐ Dans sa famille ☐ Dans un foyer ☐ Autre, précisez :

☐ Aucun logement ni hébergement

Le patient bénéficie-t-il d'une mesure de : ☐ Tutelle ☐ Curatelle

j. Particularités alimentaires

Le patient a-t-il un régime médical ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel ?

Le patient a-t-il une allergie alimentaire ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ?

k. Traitement actuel (ou joindre une copie de la dernière ordonnance)

.....

.....

.....

.....

Commentaires :

Date :

Nom du praticien :

Signature :

Lettre de motivation

Afin de s'assurer que notre accompagnement thérapeutique corresponde au mieux à votre problématique, nous vous demandons d'écrire un courrier. Pour vous aider, vous pouvez éventuellement utiliser les questions ci-dessous pour rédiger votre lettre.

- Quels comportements (jeux pathologiques, achats compulsifs...) ou produits (alcool, héroïne, cocaïne, cannabis...) posent problème ? Et depuis quand ?
- Quelles sont les conséquences de votre addiction (santé, emploi, relations) ?
- Est-ce votre première démarche de soin (si non, pouvez-vous nous indiquer votre parcours antérieur) ?
- Périodes d'abstinences antérieures ?
- Qu'est-ce qui est à l'origine de la demande actuelle ?
- Pensez-vous poursuivre un accompagnement médico-social à la sortie ?
- Quelle est la qualité des liens que vous entretenez avec votre famille ?
- Quelles sont vos occupations habituelles, vos loisirs ou centres d'intérêt ?
- Y-a-t-il eu des changements importants dans votre vie (séparation, deuil, licenciement, déménagement, maladie) ?

[illegible]

Trousseau d'entrée indispensable

À l'entrée du patient, les objets coupants seront confiés à l'équipe soignante. Ils seront remis à la disposition du patient à sa demande.

La Clinique propose un service de blanchisserie non obligatoire :

- Un forfait de 50 € pour 1 utilisation du lave-linge et du sèche-linge par semaine durant 5 semaines, non-remboursable (doses de lessive fournies) est proposé.
- La prestation de lessive à l'unité (5 kilos) facturée à hauteur de 22 € est également disponible à la demande.

L'établissement décline toute responsabilité en cas de détérioration ou de perte du linge.

Afin de pourvoir aux besoins, il est demandé au patient de disposer d'une somme d'argent suffisante pour la première semaine de prise en charge au sein de la Clinique.

Nécessaire de toilette

- ☐ Un peigne, une brosse à cheveux
- ☐ Gel douche, savon
- ☐ Shampoing
- ☐ Brosse à dent, dentifrice et bain de bouche sans alcool
- ☐ Mousse à raser et rasoirs
- ☐ Protections périodiques
- ☐ Gants de toilette
- ☐ Serviettes de toilette et serviette de bain

Tenues vestimentaires adaptées à la saison

À adapter pour 5 semaines :

- ☐ Pyjamas ou chemises de nuit
- ☐ Sous-vêtements
- ☐ T-shirts
- ☐ Tenues de sport
- ☐ Pantalons, robes ou jupes
- ☐ Pulls ou sweat-shirts
- ☐ Blouson, manteau ou anorak chaud
- ☐ Paire de basket
- ☐ Paire de chaussures de ville
- ☐ Chapeau ou casquette, des lunettes de soleil, une crème solaire haute protection, une gourde
- ☐ Maillot de bain de piscine
- ☐ Sac à dos
- ☐ Paire de chaussures de randonnée (si possible)
- ☐ Gobelet en plastique réutilisable (type Ecocup)

IMPORTANT : Merci de prévoir également **un pilulier vide** afin de préparer vos traitements lors des permissions.

RAPPEL :

Objets non autorisés en chambre :

- Objets contondants
- Produits contenant de l'alcool
- Tous produits d'hygiène contenant de l'alcool (bain de bouche, etc.)
- Petit électroménager : bouilloire, cafetière, etc.

Objets autorisés en chambre :

- Produits d'hygiène sans alcool, et en stick
- Lessive à la main type « Génie sans frotter »