

# CLINIQUE DU RELAIS

Centre de soins spécialisé en alcoologie

46140 CAILLAC

Tél. 05 65 30 97 97 – Fax 05 65 30 98 74

Site internet : [www.clinique-du-relais.fr](http://www.clinique-du-relais.fr)

DOSSIER  
D'ADMISSION

Numéro FINESS : 460785900 - Code Catégorie : 431 - Code Discipline :  
214

Numéro SIRET : 342 798 485 00013 - R.C.S. : Cahors

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint un dossier de demande d'admission dans notre Clinique Spécialisée en Alcoologie.

La date d'entrée sera fixée dès que **tous les éléments** suivants seront réunis :

- 1) **Une photocopie de l'attestation de votre carte vitale en cours de validité.**
- 2) **Une photocopie recto-verso de votre carte mutuelle en cours de validité.**
- 3) **Une photocopie recto-verso de votre carte d'identité.**
- 4) **La fiche confidentielle de renseignements médicaux remplie par un médecin (et seulement par un médecin).**
- 5) **La demande d'informations complémentaires (à remplir par vos soins).**
- 6) **L'engagement à respecter le règlement intérieur ci-joint et à régler les sommes dues (à remplir par vos soins).**
- 7) **La dernière ordonnance de votre médecin (ou courrier du médecin) s'il y a lieu.**

Nous attirons votre attention sur la nécessité de fournir ces pièces, tout dossier incomplet pouvant entraîner un retard d'admission.

En vous remerciant, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de nos sentiments dévoués.

**Le Service des Admissions**

## **IMPORTANT**

Votre médecin traitant devra établir :

- 1) Un certificat médical de demande de séjour d'une durée de 4 semaines en double exemplaire dont l'original sera destiné à la Caisse d'Assurance Maladie dont vous dépendez et le double joint au dossier d'admission.
- 2) En fonction de votre état de santé, une demande de prise en charge du transport **aller et retour** auprès de votre Caisse d'Assurance Maladie **si votre trajet est supérieur à 150 km.**

## CLINIQUE DU RELAIS

Centre de soins spécialisé en Alcoologie  
46140 CAILLAC  
Tél. 05 65 30 97 97 – Fax 05 65 30 98 74  
Site internet : [www.clinique-du-relais.fr](http://www.clinique-du-relais.fr)

DOSSIER  
D'ADMISSION

### INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Adresse : N°..... Rue : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Vos numéros de téléphone : Fixe ..... Portable.....

Date de naissance : ..... Sexe : .....

Profession : ..... Situation prof. actuelle : .....

### PERSONNES RESSOURCES

Nom et numéro de téléphone de la personne de confiance :  
(Seule personne habilitée à recevoir des informations vous concernant)

.....

Nom et numéro de téléphone d'une personne à prévenir **en cas d'urgence** :

.....

### COUVERTURE SOCIALE

Caisse d'affiliation : .....

Numéro de Sécurité Sociale : .....

Mutuelle complémentaire : .....

Numéro d'adhérent : .....

## CLINIQUE DU RELAIS

Centre de soins spécialisé en Alcoolologie

46140 CAILLAC

Tél. 05 65 30 97 97 – Fax 05 65 30 98 74

Site internet : [www.clinique-du-relais.fr](http://www.clinique-du-relais.fr)

DOSSIER  
D'ADMISSION

(CONFIDENTIEL)

### DOSSIER MÉDICAL D'ADMISSION

*A remplir par le médecin adresseur*

*Toutes les rubriques doivent être complétées ; à défaut le dossier ne serait pas enregistré.*

*Il vous est possible de joindre un courrier détaillant les circonstances cliniques.*

*A adresser sous pli fermé à :*

**CLINIQUE DU RELAIS**

**«Commission d'Admission»**

**Le Bourg 46140 Caillac.**

#### I – Identification du patient demandeur :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Profession : .....

Situation familiale : .....

#### II – Identification du médecin adresseur :

Nom : .....

Prénom : .....

Fonction : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Mail (facultatif) : .....

Date de la demande : .....

Date d'admission souhaitée : .....

*Nous vous invitons, avant de remplir ce dossier d'admission, à lire en dernière page l'extrait du projet thérapeutique sur les indications et contre-indications de cure.*

Cachet

### **III – Motivation de la demande d'admission (du point de vue du patient) :**

### **IV – Projet thérapeutique (du point de vue du médecin adresseur) :**

- Suivi actuel effectif :
  
- Attentes par rapport au séjour thérapeutique :
  
- Suivi prévu à la sortie :

### **V – Histoire de l'addiction à l'alcool :**

- Circonstances de début :
  
- Modes d'évolution :
  
- Actualité de l'addiction :

Démarches entreprises :

. ambulatoires :

. hospitalisations :

(Joindre dernier compte-rendu)

### **VI – Autres usages de substances psychoactives ou dépendances associées :**

cannabis     cocaïne     héroïne     médicaments     autres :

Abstention acquise depuis :

*(Toute toxicomanie associée doit avoir été bilantée et sevrée depuis au moins 2 semaines).*

### **VII – Conséquences ou complications de l'alcoolisme (et dépendances associées) dans les relations :**

- familiales :
  
- sociales:
  
- professionnelles :
  
- Conséquences médico-légales :
  
- Obligation de soins éventuelle :



### **XI – Difficultés particulières :**

- Existe-t-il une difficulté de communication ?
- - . sensorielle :  visuelle  auditive (préciser) :
  - . intellectuelle :  mémoire  compréhension (préciser) :
  - . d'usage de la langue française :  non  oui
- Existe-t-il une difficulté d'autonomie ou de déplacement ?  non  oui  
Laquelle ?
- Un logement ou un hébergement est-il prévu à la sortie ?  non  oui  
Lequel ?
- Envisagez-vous la poursuite de soins en séjour long ?  non  oui  
Dans quel centre ?

### **XII – Votre patient a-t-il rempli la feuille d' « Informations Complémentaires» ?**

oui  non

S'estime-t-il suffisamment informé sur le Projet Thérapeutique de la Clinique du Relais ?

oui  non

### **XIII – Suggestions :**

**Date :**

**Nom du praticien :**

**Signature :**

## **EXTRAIT DU PROJET THÉRAPEUTIQUE DE LA CLINIQUE DU RELAIS**

### Du point de vue des indications et contre-indications d'admission

1. Une **stabilité somatique acquise** (tout patient non stabilisé sera dirigé vers un premier service médical de soins). Votre patient doit avoir été préalablement bilanté.
2. Une **stabilité psychique suffisante** (les situations décompensées seront d'abord orientées vers un service spécialisé).
3. Votre patient doit être **motivé dans sa demande de soins**. Et se déclarer **suffisamment informé de notre Projet Thérapeutique**.(\*) Il doit s'engager à **une durée de cure de 28 jours**.
4. Un sevrage d'**alcool** déjà acquis est souhaitable. Mais **nous admettons les patients non sevrés**.
5. Un patient dépendant également d'**autres substances** (cannabis, cocaïne, héroïne, etc...) doit avoir été **préalablement bilanté et sevré depuis 2 semaines**.
6. Nous ne recevons **aucune urgence** (qui sera orientée vers un service de soins aigus).
7. Les **grandes difficultés de communication** pouvant entraver un travail de psychothérapie de groupe seront orientées vers des hospitalisations avec suivi essentiellement individuel.
8. Les **difficultés intellectuelles importantes** secondaires à l'alcoolisation seront orientées vers un centre de soins de suite à visée cognitive.
9. Les grands **déficits d'autonomie ou de déplacement** seront orientés vers des centres de soins de suite à visée somatique.
10. Une demande d'hospitalisation pour une durée supérieure à 4 semaines sera orientée vers des centres de séjours prolongés spécialisés en alcoologie.
11. L'absence de logement ou d'hébergement à la sortie n'est qu'une contre-indication relative. Un projet de réinsertion doit cependant avoir été établi avec le patient avant son admission.
12. Toute demande de deuxième cure (et au-delà) à la Clinique du Relais sera examinée par la Commission d'Admission.
13. Il est souhaitable que vous puissiez témoigner d'une intention pour votre patient, d'un projet individuel de soins, déjà élaboré.

Thérapeutique

**Dr Gérard PAU**  
Directeur du Projet

(\*) Pour toute information générale sur les logiques de traitement et sur le Projet Thérapeutique de la Clinique du Relais : voir

## CLINIQUE DU RELAIS

Centre de soins spécialisé en Alcoologie  
46140 CAILLAC

Tél. 05 65 30 97 97 – Fax 05 65 30 98 74  
Site internet : [www.clinique-du-relais.fr](http://www.clinique-du-relais.fr)

## DOSSIER D'ADMISSION

(CONFIDENTIEL)

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

#### A remplir par le patient demandeur

*Pour mieux personnaliser votre projet thérapeutique, nous vous invitons à remplir ce document le plus précisément possible. Ces informations, soumises au secret médical, resteront confidentielles.*

Quelle est la motivation de votre actuelle demande de soins ?

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

Considérez-vous que vous êtes suffisamment informé sur le Projet Thérapeutique (\*) de la Clinique du Relais ?

oui       non

(Si non, rapprochez-vous du médecin qui remplira votre dossier médical d'admission ou bien des praticiens qui vous ont orienté vers nous).

Acceptez-vous de signer un Engagement Thérapeutique (\*) et une durée de soins de 28 jours ?

oui       non

Etes-vous en difficulté avec votre alimentation ?     non       oui Précisez :

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

Suivez-vous un régime particulier ?

.....

Avez-vous consommé du cannabis ?

non       oui

Où en est votre consommation actuelle ?

.....

Avez-vous pris d'autres substances psychoactives ?  non  oui

Lesquelles :

.....

Où en êtes-vous ?

.....

Consommez-vous du tabac ?  non  oui

Quelle est votre consommation actuelle ?

.....

Avez-vous envie d'arrêter de fumer ?  non  oui

.....

Quelles autres informations souhaitez-vous nous communiquer ?

(Il vous est également possible de nous adresser une *Lettre de motivation*)

.....

.....

.....

(\*) Des indications générales sur le Projet Thérapeutique et sur l'Engagement Thérapeutique figurent dans le livret d'accueil et sur le site internet.

## CLINIQUE DU RELAIS

Centre de soins spécialisé en Alcoologie

46140 CAILLAC

Tél. 05 65 30 97 97 – Fax 05 65 30 98  
74

DOSSIER  
D'ADMISSION

### RÈGLEMENT ADMINISTRATIF

Je soussigné :

**NOM** : .....

**Prénom** : .....

**Adresse** : .....

**C.P.** : ..... **VILLE** : .....

- M'engage à respecter le **Règlement Intérieur** de la Clinique du Relais ci-joint et dont j'ai pris connaissance.
  
- À régler les sommes dues :
  - . le forfait journalier
  - . le ticket modérateur
  
- Et dans le cas où je pourrai bénéficier d'une chambre particulière :
  - . le supplément chambre particulière

Fait à :

Le :

Signature :