

## Demande d'admission à la clinique des Platanes

Veuillez remplir le dossier d'admission en y joignant obligatoirement :  
➤ une lettre de motivation

Le dossier complet avec les pièces jointes est à envoyer au :  
- faxer : 01 49 21 89 19

**mail : PLA.Admissions@ramsaysante.fr**

Pour toute demande de renseignements, appeler le 01.49.21.89.05

Identité du patient (joindre la photocopie pièce d'identité)	
NOM :	Prénom :

Identité de l'adreur	
NOM : Profession : Institution : Adresse :  Code postal :            Ville : Téléphone :    /    /    /    / Fax : :    /    /    /    / Courriel :	TAMPON

Motif de la demande	
Type d'hospitalisation	<input type="checkbox"/> Hospitalisation complète <input type="checkbox"/> Hôpital de jour Jour(s) de présence souhaité(s) :

Médecin traitant
Nom :
Adresse :
Tél :

## Fiche administrative

Identité du patient	
NOM :	Prénom :
NOM de jeune fille :	
Date de naissance : / /	Lieu de naissance :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone fixe : / / / /	Téléphone portable : / / / /
DMP :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Personne à contacter en cas de besoin
<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame
Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom :
Lien avec le patient :
Adresse :
Téléphone 1 :

Convention sociale (joindre l'attestation sécurité sociale)	
Intitulé :	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> LMDE <input type="checkbox"/> SMEREP <input type="checkbox"/> Autre:
Téléphone :	
Adresse :	
Code postal :	Ville :
NOM de l'assuré :	
Numéro de sécurité social :	

Couverture maladie	
Bénéficiez-vous d'une C2S-AME <input type="checkbox"/> ?	Date de validité :
Bénéficiez-vous d'une invalidité ou d'une ALD au titre de la sécurité sociale ?	Date de validité :

Mutuelle de santé complémentaire (joindre une photocopie de la carte ou attestation d'adhérente)	
Intitulé :	
Téléphone :	
Adresse, code postal et ville :	

## Fiche sociale

### Identité du patient

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

### Service social ayant effectué avec le patient la demande d'admission

Intitulé du service social : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'Assistant(e) Sociale : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_

### Protection juridique

Non     Tutelle     Curatelle     Autre : \_\_\_\_\_  
 Mesure/démarche en cours  
 Représentant(e) légal(e): \_\_\_\_\_  
 Adresse personnelle : \_\_\_\_\_  
 Tél :    /    /    /    /                      Courriel : \_\_\_\_\_

### Situation familiale

<input type="checkbox"/> Marié (e)	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> PACS	Nombre d'enfants : _____
<input type="checkbox"/> Concubinage	<input type="checkbox"/> Veuf (ve)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	Personne à charge : _____

Climat des relations familiales : \_\_\_\_\_

### Situation professionnelle

Emploi actuel : \_\_\_\_\_     Chômage     Arrêt de travail  
 Invalidité : \_\_\_\_\_     Retraité     Autre : \_\_\_\_\_  
 Ressource : \_\_\_\_\_     Dettes : \_\_\_\_\_

### Situation judiciaire

Non     Suivi actuel : \_\_\_\_\_     Suivi passé : \_\_\_\_\_

### Logement (joindre l'attestation d'hébergement)

<input type="checkbox"/> Propriétaire	<input type="checkbox"/> Locataire	<input type="checkbox"/> Foyer	<input type="checkbox"/> Sans domicile	<input type="checkbox"/> Hébergé(e)
Adresse d'hébergement : _____		CP : _____	Ville : _____	
Téléphone : _____		Email : _____		

## Fiche médicale

### Identité du patient

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Age :	Poids :	Taille :	IMC :
-------	---------	----------	-------

### Antécédents

México-chirurgicaux :

Gynéco-obstétriques :

Psychiatriques :

Familiaux :

Allergies  Non  Oui :

### Historique addictologique du patient

Hospitalisation en  
addictologie  
antérieures (dates et  
lieux)

### Situation addictologique actuelle du patient

**Identité du patient**

NOM :

Prénom :

**Traitement actuel (joindre une copie de l'ordonnance)**

Aucun traitement médicamenteux

Traitement médicamenteux en cours : **joindre une copie de la/des ordonnances**

Médicaments injectables :  Non  Oui : .....

Si traitement injectable « retard » : date de la dernière injection : .....

date de la prochaine injection : .....

Médicaments spécifiques :  Non  Oui :

▪  Antirétroviraux/VIH  Antiviraux (VHB, VHC)  Anticancéreux  Autre

.....  
.....

**Etat psychopathologique et comportemental actuel**

Troubles de l'humeur

Troubles anxieux

Schizophrénie, autre trouble psychotique

Troubles de la personnalité

Troubles de la conduite alimentaire

Epuisement professionnel (burn-out)

Troubles liés à une substance  
Précisez :

Troubles du sommeil

Autre :

Troubles du comportement

Oui  
 Non

Précisez :

Idées suicidaires

Oui  
 Non

Précisez :

**Bilans biologique (cocher les bilans effectués par le patient et joindre une copie des bilans)**

Numération

Créatinine

Bilan hépatique

Protéine/albumine

Lipase

BMR/BHRE

TP

**Sérologie : Hépatites B, C et VIH (joindre une copie des bilans)**

Hépatite B

Réalisée

Positif

Négatif

Vaccination Hépatite B

Oui

Non

Hépatite C

Réalisée

Positif

Négatif

VIH

Réalisée

Positif

Négatif

Autre (préciser) \_\_\_\_\_

Positif

Négatif



## Attestation de reprise du patient en cas d'inadéquation ou de décompensation

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_ m'engage, par la présente, à réadmettre dans mon service le (la) patient (e)

Monsieur, Mademoiselle, Madame

Né(e) le :

Pour lequel (laquelle) j'ai demandé une hospitalisation à la Clinique de Platanes dans le cas où une inadéquation ou une décompensation nécessiterait son retour dans notre service.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature du médecin :

---

---

## Attestation de suivi social

Je soussigné(e), Monsieur, Mademoiselle, Madame

m'engage par la présente, que

Monsieur, Mademoiselle, Madame

Né(e) le :

Pour lequel (laquelle) une hospitalisation à la Clinique de Platanes est demandée, sera logé(e) dès sa sortie de l'établissement par (précisez foyer, logement) :

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature :

## CONTRAT INDIVIDUEL DE SOINS

Les activités de la **Clinique des Platanes, spécialisée en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en Addictologie**, s'inscrivent dans le cadre d'une politique de prise en charge globale et de réduction des risques sanitaires et sociaux pour les usagers de substances telles que l'alcool, le tabac, les médicaments ou les drogues illicites.

L'activité du SSR comprend des soins médicaux et paramédicaux spécialisés en Addictologie. Son intervention se situe dans le parcours de soins de l'usage après un sevrage. Le séjour a pour objectif un **accompagnement global du patient** afin de lui permettre de **retrouver sa liberté par rapport au produit (abstinence ou consommation contrôlée)**, notamment à travers les traitements de substitution ainsi qu'un accompagnement à la réinsertion sociale.

La prise en charge pluridisciplinaire donne lieu à un contrat de soins établi entre la Clinique des Platanes et le patient. Il est entendu que cet engagement exprime la volonté de l'usager à entamer une démarche de soins et qu'il est libre de rompre cet engagement à tout moment s'il le souhaite.

Durant le séjour, l'usager s'engage à respecter le contrat individuel de soins et le règlement intérieur de l'établissement. De son côté, l'établissement met à disposition de l'usager tous les moyens dont il dispose dans un cadre d'éthique professionnelle et de respect de la personne, **dans un projet d'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie.**

---

### Déroulement du séjour

- La durée du séjour est de **6 semaines**
- Une synthèse en staff pluridisciplinaire est effectuée à la **3ème semaine** pour une évaluation/confirmation de la date de sortie, ou une éventuelle prolongation par période d'une semaine renouvelable (période maximale de 10 semaines).
- Le projet de sortie demande une participation active du patient dès son admission dans l'établissement.
- La fin du séjour et la sortie du patient sont élaborées et organisées de façon tripartite entre le patient, l'équipe de la Clinique des Platanes et l'établissement/service adresseur.
- Un compte-rendu médical écrit est adressé par courrier à l'adresseur et aux médecins désignés par le patient.

---

### Modalités de séjour

- Les permissions de sortie débutent le 2<sup>ème</sup> week-end du séjour.
- La durée de la permission de sortie est établie pour une **durée limitée et prédéfinie** (samedi, dimanche et jours fériés) :
  - 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> week-end du séjour : sortie seul ou en groupe de 11h-17h30
  - 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup> week-end du séjour et plus: sortie seul ou en groupe de 9h30-17h00
- Dans le cadre d'une prolongation de séjour, des permissions exceptionnelles sont accordées en fonction des rendez-vous administratifs.
- En cas d'absence non autorisée ou de non-respect des horaires de permission, les services de police sont prévenus.
- Les visites des proches sont autorisées à partir du 2<sup>ème</sup> Week-end du séjour, sur votre demande écrite, et après autorisation du Médecin et/ou de la Direction des Soins, samedi, dimanche et jours fériés de 11h à 17h.
- L'établissement peut réaliser, **sans avis et sans prévenir**, des **contrôles des chambres**, des affaires personnelles et de consommation afin de soutenir votre démarche de soins.
- En cas de reconsommation de produits licites/illicites ou d'alcool, nous vous demandons de rester dans votre chambre jusqu'à la consultation avec votre médecin référent.

## Nos engagements

*L'équipe s'engage à vous accompagner pendant votre séjour avec respect, bienveillance et dans la confidentialité.*

*La Charte de la Personne Hospitalisée et les Valeurs du Groupe Ramsay Générale de Santé sont affichées et à votre disposition.*

L'établissement s'engage à proposer :

- Une admission organisée en collaboration avec l'établissement/service adresseur
- Une prise en charge individualisée, adaptée à la situation médico-psycho-sociale du patient
- Un suivi médical et psychologique régulier
- L'animation de groupes de paroles et d'ateliers thérapeutiques par les professionnels de santé et des associations
- Un accompagnement social si nécessaire
- une équipe infirmière qui dispense des soins sur prescription médicale et vous accompagne lors de certaines activités thérapeutiques
- Un plateau technique et des compétences médicales regroupés autour de l'établissement
- Des consultations paramédicales spécialisées sur prescription médicale (ex : kinésithérapie)
- Un accès à votre dossier selon les modalités légales
- Un accueil en chambre individuelle ou double
- Des espaces collectifs conviviaux :
  - Espaces d'activités collectives organisées par le personnel ou les usagers eux-mêmes
  - Espace privilégié aux usagers (détente, repos, lecture et télévision)
- Un accès sécurisé des chambres
- L'accès à un coffre pour tous les objets de valeur, les papiers personnels ou l'argent
- Des repas équilibrés de qualité et variés (présence d'une diététicienne)
- Des rencontres avec votre famille et votre entourage (selon le règlement intérieur)
- Autres services : courriers, wifi et laverie

-----  
**Représentant de l'établissement**

NOM : .....

Date : ...../...../20.....

Signature :

## Vos engagements

Le patient s'engage, par ce contrat, à :

- Maintenir son abstinence pendant le séjour
- S'impliquer dans son projet de soins et dans la continuité de la prise en charge après le séjour de postcure
- Respecter la loi thérapeutique afin de vous permettre de travailler en toute confiance :
  - respect du secret du groupe
  - pas de jugement ni des personnes, ni des propos
- Respecter le règlement intérieur de, l'établissement affiché dans l'établissement et joint au présent contrat

**Tout manquement au contrat de soins, de la part du patient, entraîne une interruption du séjour.**

**Le contrat de soins signé peut être arrêté par l'établissement en fonction de la nature des manquements constatés et/ou éventuellement de leur répétition.**

-----  
**A remplir et signer avant le jour de votre admission.**

NOM : .....

Prénom : .....

- Je certifie avoir reçu les informations du contrat de soins en date du  
...../...../20.....

Signature

-----  
**A remplir et signer le jour de l'admission avec le représentant de l'établissement.**

Le contrat individuel de soins engage les deux parties, à sa date de prise d'effet, soit le jour d'entrée du patient.

- Je m'engage à respecter ce contrat tout au long de mon séjour dans l'établissement.

Date : ..... /...../20.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

# Règlement intérieur

*Le respect et la bienveillance sont des valeurs au cœur de notre prise en charge, et exigées de l'ensemble des acteurs de notre équipe pluridisciplinaire.*

*Le personnel de la clinique s'engage à respecter la charte relative aux patients hospitalisés.*

*Nous vous demandons, obligatoirement, de vous conformer au règlement intérieur. Il a pour objet :*

- *D'informer des règles de fonctionnement de la Clinique des Platanes.*
- *De préserver le respect individuel et de maintenir l'équilibre institutionnel.*

## Respect des règles de vie institutionnelle et collective

### Alcool, médicaments et produits illicites non autorisés

Interdiction de les introduire et/ou de consommer ces produits dans l'enceinte de l'établissement et pendant les permissions.

- A l'admission, tous les produits susceptibles de contenir de l'alcool, les médicaments et les ordonnances sont retirés par les infirmiers et vous sont remis à votre sortie, les médicaments vous seront restitués en fonction de votre ordonnance de sortie.

### Relations intimes

- Relations sexuelles interdites au sein de l'établissement.

### Téléphone et ordinateur

Pour vous permettre de prendre de la distance avec votre milieu relationnel,

- Absence de ligne directe dans les chambres.
- Les téléphones doivent être maintenus éteints durant les ateliers et lors des repas.
- Un accès wifi est disponible dans l'établissement (tarif à l'accueil)

### Tabac

- Interdiction de fumer y compris la cigarette électronique dans l'enceinte de l'établissement (y compris les balcons, les escaliers de secours, les chambres) ainsi qu'aux abords immédiats du bâtiment (loi Evin 1991).
- Des sites « Fumeurs » sont à votre disposition

### Confidentialité et Anonymat

Pour chaque personne hospitalisée, le respect de son intimité et de sa vie privée est essentiel. Il vous est donc demandé de :

- Ne pas échanger les adresses personnelles et numéros de téléphone.
- Ne pas prendre de photos au sein de l'établissement.
- Ne pas inviter d'autres patients dans votre chambre.

### Loi thérapeutique

Pour vous permettre de travailler en confiance,

- Respect du secret du groupe
- Pas de jugement ni des personnes, ni des propos.

## Comportement

- Comportement verbal et physique respectueux et non violent exigé.
- En cas de dégradations, qu'elles soient causées par vous-même ou l'un de vos proches, les frais seront portés à votre responsabilité

## Nuisances sonores

- Maintenir le niveau sonore des télévisions ou des radios à un seuil raisonnable.
- Utiliser votre mobile en dehors des lieux de réunion et/ou de circulation.
- Ne pas emprunter les ascenseurs de 22h à 07h (si votre état de santé le permet)
- Ne pas faire de bruit en regagnant vos chambres.
- Veiller à être silencieux dans le couloir de la salle de relaxation et du poste de soins.

## Horaires

- Repas : 8h-8h50 / 12h00-13h30 / 18h00-19h15 et le self doit être libéré à 19h30.
- Distribution des médicaments : 6h45-7h35 / 8h05-8h50 / 11h30-12h45 / 17h15-18h45 en fonction de votre numéro de chambre / 21h15-23h00. Le mercredi les traitements sont donnés de 11h15-12h00
- Ateliers (selon votre programme d'activités) - Présence et ponctualité obligatoires
- Rendez-vous individuels (remis par les infirmier(e)s)
- Retour dans vos chambres : 23h00 la semaine, 01h00 le vendredi et le samedi

## Visite des proches (uniquement sur demande écrite)

- Visite des proches autorisée à partir du 2<sup>ème</sup> week-end du séjour et seulement le week-end
- Prise de repas avec vos proches possible au restaurant de l'établissement (à vos frais) selon les modalités suivantes :
  - Ticket repas 8€ en vente à l'accueil
  - Information auprès de l'équipe de restauration le vendredi
- Les visiteurs sont tenus de respecter le règlement intérieur et les modalités de visite (cf. fiche de demande de permission de visite d'un proche)

## Objets de valeur

- Les remettre à vos proches ou les placer au coffre de la clinique. En aucun cas, l'établissement ne peut être tenu pour responsable des objets de valeurs que vous avez gardés en votre possession
- Une clé de chambre et de placard vous seront remise en échange d'une caution. Celle-ci vous sera restituée à la sortie

## Tenue vestimentaire

- Tenue propre et décente exigée dans les lieux communs (pas de pyjama ni de chaussons)
- Adapter la tenue à l'activité (exemple : jogging durant l'activité physique)

## Régimes

- Un code couleur collé sur votre pochette permet au service de restauration de vérifier votre régime. Merci de vous munir de votre pochette lors des repas

## Hygiène

### Hygiène et image corporelle

- Toutes les chambres sont équipées de douches
- Douche obligatoire tous les jours
- Un Lavomatic et un sèche payant sont à votre disposition (3€ le lave-linge, 2€ le sèche-linge) la lessive (1€ le kit) est disponible à l'accueil

### Animaux

- Animaux non tolérés dans l'établissement (sauf chiens-guides)

### Alimentation

- Interdiction d'introduire des aliments périssables. Tout aliment périssable sera récupéré et jeté

### Respect de l'environnement

- Utiliser les cendriers et poubelles

## Sécurité générale

- Ne pas introduire d'armes ou d'objets dangereux (ciseaux, cutter...)
- Ne pas entreposer d'objet sur les rebords des fenêtres (risque de chute pouvant entraîner un accident corporel).
- **L'utilisation de votre véhicule personnel est interdite durant le séjour.** Nous vous demanderons de nous remettre vos clés.
- L'établissement est équipé de vidéosurveillance intérieure et extérieure
- Interdiction de stationner devant les entrées de l'établissement pour faciliter l'accès aux pompiers et aux véhicules sanitaires (ambulance, SAMU).

### Sécurité incendie

- Respecter les consignes générales de sécurité.
- Repérer les emplacements des extincteurs et des sorties de secours.

- Interdiction de fumer en dehors des sites autorisés
- Ne pas utiliser de matériel électrique personnel (bouilloire, ventilateur...)
- Ne pas allumer de bougie ou d'encens dans l'établissement

## Sorties

### Sorties exceptionnelles

- Sur demande, motivée de votre part, et après décision médicale

### Sorties programmées

- Elles sont validées par le médecin
- Vous êtes invités à respecter les horaires de permissions autorisées et d'informer l'établissement en cas d'imprévu ou d'incident.

**Au retour des sorties programmées ou exceptionnelles, les infirmier(e)s effectuent un contrôle systématique par éthylotest et /ou recherche de substances dans les urines ; ils vérifient les affaires personnelles acquises lors de la sortie ou apportées par les proches.**

### Sorties définitives

Le contrat prend fin :

- à l'échéance des 6 semaines ou des prolongations.
- lors d'un manquement au contrat de soins donnant lieu à une interruption du séjour.
- lors d'un manquement au règlement intérieur.

**La prise en charge est interrompue** (interruption de la participation aux ateliers) **dès connaissance des manquements.**

### Sortie à la demande d'un patient

- Nous vous proposons un support d'aide à la réflexion et un entretien.

### Sortie contre avis médical

- Nous vous demandons de signer une décharge.

Afin d'améliorer le confort psychologique et la sécurité physique des patients, le personnel infirmier, outre les missions habituelles, est autorisé à tout moment, y compris la nuit, et à toute personne, à :

- Rappeler les clauses du contrat de soins et du présent règlement, auxquels tous les patients ont adhéré.
- Effectuer les contrôles dans les chambres des effets personnels.
- Procéder au dépistage inopiné de substance psychoactives

Epinay-sur-Seine, le 24 janvier 2025

La Direction