



Dossier d'admission

Madame, Monsieur,

Vous faites une demande d'admission à la clinique Saint Barnabé pour :

- ☐ **Hospitalisation complète de 6 semaines**
- ☐ **Hospitalisation complète pour Troubles Cognitifs liés à une conduite addictive**
- ☐ **Hospitalisation de Jour**

Voici les éléments que doit comporter votre dossier complet :

Dans tous les cas

- Volet administratif et social
- Volet médical rempli par le médecin appuyant votre demande
- Le contrat de soins signé (4 pages)
- Attestation de droits de Sécurité Sociale (et/ou CMUC)
- La photocopie recto-verso de :
 - Votre pièce d'identité ou titre de séjour
 - Votre ordonnance en cours (traitement habituel)
- Derniers résultats médicaux (moins de 3 mois)

Le cas échéant

- Attestation de prise en charge à 100%
- La photocopie recto-verso de votre carte mutuelle en cours de validité ou CMU-C de moins de 6 mois
- L'attestation de reprise d'hospitalisation initiale (*En cas de transfert d'établissement uniquement*)

Volet administratif et social

PATIENT

Nom : Cliquez ici pour entrer du texte. Prénom : Cliquez ici pour entrer du texte.

Nom de jeune fille: Cliquez ici pour entrer du texte.

Sexe: M ☐ F ☐

Date et lieu de Naissance: Le _____ à _____

Nationalité: Cliquez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ici pour entrer du texte.

Code Postal : Cliquez ici pour entrer du texte. Ville : Cliquez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ici pour entrer du texte. Mail : Cliquez ici pour entrer du texte.

Situation Familiale : Cliquez ici pour entrer du texte. Situation Professionnelle : Cliquez ici pour entrer du texte.

Position Juridique : Tutelle ☐ Curatelle ☐

Organisme: Cliquez ici pour entrer du texte. Contact: Cliquez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ici pour entrer du texte.

Le patient bénéficie-t-il d'une solution logement ou hébergement à sa sortie ?
OUI ☐ NON ☐ (fournir attestation d'hébergement)

PRISE EN CHARGE

N° de sécurité sociale : Cliquez ici pour entrer du texte./ Cliquez ici pour entrer du texte.

Prise en charge: 80% ☐ 100% ☐

Nom de la caisse d'assurance maladie : Cliquez ici pour entrer du texte. N° centre : Cliquez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ici pour entrer du texte.

☐ Mutuelle : Cliquez ici pour entrer du texte.

Droits du Cliquez ici pour entrer une date. au Cliquez ici pour entrer une date.

Adresse : Cliquez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ici pour entrer du texte.

N°Adhérent: Cliquez ici pour entrer du texte.

☐ CMUC : Droits du Cliquez ici pour entrer une date. au Cliquez ici pour entrer une date.

☐ AME: Droits du Cliquez ici pour entrer une date. au Cliquez ici pour entrer une date.

ASSURÉ(E) SI DIFFÉRENT DU PATIENT

Nom : Cliquez ici pour entrer du texte. Prénom : Cliquez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ici pour entrer du texte.

Code Postal : Cliquez ici pour entrer du texte. Ville : Cliquez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ici pour entrer du texte.

Date et lieu de Naissance: Le Cliquez ici pour entrer une date. à Cliquez ici pour entrer du texte.

N° de sécurité sociale : Cliquez ici pour entrer du texte./ Cliquez ici pour entrer du texte.

DEMANDE D'ADMISSION

Date de la demande : Cliquez ici pour entrer une date.

Date d'entrée souhaitée : Cliquez ici pour entrer une date.

Médecin prescripteur : Cliquez ici pour entrer du texte. Coordonnées : Cliquez ici pour entrer du texte.

Mail : Cliquez ici pour entrer du texte.

Médecin traitant : Cliquez ici pour entrer du texte. Coordonnées : Cliquez ici pour entrer du texte.

Mail : Cliquez ici pour entrer du texte.

PROVENANCE

☐ Domicile

☐ Hôpital de jour Saint Barnabé

☐ Transfert

Etablissement : Cliquez ici pour entrer du texte. Service: Cliquez ici pour entrer du texte.

Depuis le : Cliquez ici pour entrer une date. Date de sortie prévue : Cliquez ici pour entrer une date.

Contact: Cliquez ici pour entrer du texte. Téléphone: Cliquez ici pour entrer du texte.

Assistante sociale: Cliquez ici pour entrer du texte. Téléphone: Cliquez ici pour entrer du texte.

NOUS RENVoyer VOTRE DOSSIER DUMENT COMPLÉTÉ :

A l'attention du secrétariat Pré-Admissions

Mail : sba.admissions@ramsaygds.fr

Fax : 04 96 15 87 01

Courrier

CLINIQUE SAINT-BARNABÉ

72 Chemin de Fontainieu

Quartier St Joseph

13014 MARSEILLE

Tel : 04 96 15 87 29

<http://clinique-saint-barnabe.ramsaygds.fr/>

FICHE DE DÉSIGNATION : PERSONNE DE CONFIANCE ET PERSONNE A PREVENIR (Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique)

M /Mme Cliquez ici pour entrer du texte. désigne une personne de confiance :

Oui ☐ pour la seule durée de mon hospitalisation dans l'établissement

Non ☐

☐ pour la durée de mon hospitalisation dans l'établissement et ultérieurement.

Cette Personne de confiance est : ☐ Mon médecin traitant ☐ Un parent ☐ Un ami

Nom : Cliquez ici pour entrer du texte.

Nom de jeune fille : Cliquez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ici pour entrer du texte.

Fax / e-mail : Cliquez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ici pour entrer du texte.

Téléphone(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.

Désignation de la personne à prévenir :

☐ Je désigne la même personne que la personne de confiance dont l'identité est mentionnée sur cette fiche.

☐ Je désigne la personne suivante :

Nom : Cliquez ici pour entrer du texte.

Nom de jeune fille : Cliquez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ici pour entrer du texte.

Téléphone(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.

J'ai bien été informé(e) :

Que cette personne de confiance pourra être consultée par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable ;

Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions ;

Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à cette personne de confiance ;

Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et par tout moyen (notamment au moyen de la présente fiche).

Fait le : Cliquez ici pour entrer une date.

Signature du patient :

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée sur la présente fiche :

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Signature :

A remplir par le soignant si le patient est dans l'incapacité de s'exprimer et désigner une personne de confiance :

Nom du soignant : Cliquez ici pour entrer du texte.

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Signature :

Volet médical (A remplir par le médecin)

Ces informations sont indispensables pour une prise en charge optimale

PATIENT

Nom du patient: Cliquez ici pour entrer du texte. **Prénom:** Cliquez ici pour entrer du texte.

Date de Naissance: Cliquez ici pour entrer une date.

Médecin traitant : Cliquez ici pour entrer du texte. Téléphone: Cliquez ici pour entrer du texte.

Mail : Cliquez ici pour entrer du texte.

Adresseur : Cliquez ici pour entrer du texte. Téléphone: Cliquez ici pour entrer du texte.

Mail : Cliquez ici pour entrer du texte.

Suivi actuel

☐ ASSOCIATION ☐ CSAPA ☐ ELSA ☐ CMP ☐ Autres

Nom: Cliquez ici pour entrer du texte.

Obligations / Injonction de soins : ☐ Justice ☐ Travail ☐ Autres

Renseignements addictologiques

Antécédents Addictologiques

Personnels : Cliquez ici pour entrer du texte.

Familiaux : Cliquez ici pour entrer du texte.

Nombre de cures effectuées : Cliquez ici pour entrer du texte. Dont Cliquez ici pour entrer du texte. à Saint Barnabé

Consommations ACTUELLES : (spécifier les quantités)

☐ TABAC Cliquez ici pour entrer du texte. ☐ ALCOOL Cliquez ici pour entrer du texte.

☐ CANNABIS Cliquez ici pour entrer du texte.

☐ OPIACES Cliquez ici pour entrer du texte. ☐ COCAINE Cliquez ici pour entrer du texte.

☐ BENZODIAZEPINES Cliquez ici pour entrer du texte.

☐ Addictions comportementales : Cliquez ici pour entrer du texte.

☐ Tb Comportement Alimentaire: Cliquez ici pour entrer du texte.

☐ AUTRES : Cliquez ici pour entrer du texte.

Traitement actuel complet (Joindre une ordonnance)

Cliquez ici pour entrer du texte.

☐ Traitement de substitution :

Pharmacie habituelle

Nom :

Téléphone :

Prescripteur habituel

Nom :

Prénom :

Date de la prescription : Cliquez ici pour entrer une date.

Renseignements médicaux

Antécédents médicaux généraux

Cliquez ici pour entrer du texte.

Antécédents psychiatriques

Cliquez ici pour entrer du texte.

Antécédents chirurgicaux

Cliquez ici pour entrer du texte.

Antécédents psychiatriques

☐ Syndrome dépressif

☐ Troubles anxieux

☐ Bipolarité

☐ Schizophrénie, autres troubles psychotiques

☐ Troubles de la personnalité

Antécédents de tentatives de suicide : ☐ Oui ☐ Non

Idées suicidaires : ☐ Oui ☐ Non Commentaires : Cliquez ici pour entrer du texte.

Pour les séjours hospitaliers antérieurs, veuillez préciser si possible, les dates, les lieux et les modes d'hospitalisation (libre / sous contrainte, hospitalisation complète / de jour / de nuit) :

Cliquez ici pour entrer du texte.

Examen Clinique : TA : Cliquez ici pour entrer du texte. Poids : Cliquez ici pour entrer du texte. Taille : Cliquez ici pour entrer du texte.

Allergies connues :

Cliquez ici pour entrer du texte.

Signes cliniques actuels :

Cliquez ici pour entrer du texte.

Autonomie

Toilette : ☐ Autonome ☐ Stimulation ☐ Aide à la douche ☐ Aide à l'habillage

Élimination: ☐ WC ☐ Incontinence urinaire ☐ Incontinence fécale

Déplacement : ☐ Autonome ☐ Canes ☐ Risque de chutes

Alimentation : ☐ Risques de fausses routes

Troubles cognitifs liés à une conduite addictive

Cette prise en charge est réservée aux patients atteints de troubles cognitifs sévères **liés à une conduite addictive**.

Nous n'intervenons pas dans le cadre d'une pathologie d'Alzheimer, Parkinson, rééducation post AVC, démences vasculaires, trauma crânien.

Diagnostic existant : ☐ Oui ☐ Non

Si oui : ☐ Syndrome Korsakoff ☐ Encéphalopathie Gayet Wernicke

Commentaires : Cliquez ici pour entrer du texte.

Joindre : bilan neuropsychologique, bilan neurologique, imagerie, bilans sanguins

Communication : ☐ Normale ☐ Difficultés

Troubles spatio-temporels : ☐ Oui ☐ Non

Altération mémoire : ☐ Antérograde ☐ Rétrograde

Commentaires :

Cliquez ici pour entrer du texte.

Projet thérapeutique :

Cliquez ici pour entrer du texte.

Démarches en cours :

Cliquez ici pour entrer du texte.

Proche aidant à contacter: Cliquez ici pour entrer du texte.

Nom/prénom : Cliquez ici pour entrer du texte.

Lien : Cliquez ici pour entrer du texte.

Contact : Cliquez ici pour entrer du texte.

Tampon du médecin prescripteur

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Signature

ATTESTATION DE REPRISE

*(à remplir en cas de transfert d'un autre établissement
et pour une demande en hospitalisation complète)*

Je soussigné(e) Docteur Cliquez ici pour entrer du texte.

m'engage par la présente à réadmettre dans mon service le (la) patient(e)

Monsieur, Mademoiselle, Madame Cliquez ici pour entrer du texte.

Né(e) le Cliquez ici pour entrer une date.

Pour lequel (laquelle) j'ai demandé une hospitalisation à la Clinique Saint-Barnabé dans le cas d'une inadéquation ou d'une décompensation qui nécessiterait son retour en hospitalisation initiale.

Fait à Cliquez ici pour entrer du texte. Le Cliquez ici pour entrer une date.

Le Médecin

ATTESTATION ALD

(à remplir en cas d'affection longue durée)

Je soussigné(e) Docteur Cliquez ici pour entrer du texte.

Atteste que Cliquez ici pour entrer du texte.

Né(e) le Cliquez ici pour entrer une date.

A une Affection Longue Durée pour Cliquez ici pour entrer du texte.

Fait à Cliquez ici pour entrer du texte. Le Cliquez ici pour entrer une date....

Signature et tampon

Le Médecin

Contrat de Soins et de Vie en Collectivité

Début de cure

- Sevrage physique (5 à 7 jours)
- Familiarisation avec l'établissement
- Boire 2 à 3 litres d'eau par jour
- Ne pas s'exposer au soleil
- Aucune visite ni sortie
- Matériel informatique
 - o Déposé au coffre le jour de l'entrée
 - o Choix de le récupérer ou non à compter du mardi de la semaine suivant l'entrée
- Communications téléphonique
 - o Téléphones à récupérer entre 12h et 14h à l'accueil et de 12h à 15h le weekend et jours fériés.
 - o Vous pouvez recevoir des appels aux postes situés dans le couloir d'accès au réfectoire selon les horaires affichés
- **Nous vous conseillons de prévoir dans vos bagages un réveil ou une montre.**
- Eviter tout exercice physique violent : la salle de sport sera accessible à partir du deuxième vendredi de présence (à 3, sur inscription à l'infirmerie et pour 1h maximum)

Le programme d'éducation thérapeutique

- Prise en charge globale de la maladie addictive : aspects physiques, psychologiques et sociaux
- Les modalités de votre suivi seront évaluées et organisées tout au long de votre séjour (temps complémentaire, Hôpital de Jour, etc.)
- Expérience de vie sans produit
- Participation obligatoire aux ateliers de groupe
- Relaxation :
 - o L'entraînement à la relaxation du soir se fait en chambre de 17H45 à 18H15 (temps calme obligatoire) et peut être maintenu pour votre bien-être le week-end.
- Vous pouvez bénéficier d'un suivi individuel en psychothérapie, vous devez en faire la demande directement auprès du psychologue qui accompagne votre groupe

Sorties et visites

Sorties entre patients

- A partir du 2^{ème} vendredi de présence
- Par groupe de 3 ou 4 patients (toutes semaines confondues)
- En dehors des ateliers de groupe, des repas et de la relaxation en chambre (prévoir au moins 1/2h pour le retour)
- A pied, en transport collectif, en VTC (sauf véhicule personnel et transport par un proche).
- Signer au départ et au retour le cahier destiné à cela à l'infirmerie.
- Le groupe de 3 ou 4 patients doit rester ensemble pendant toute la durée de la sortie.
- Un contrôle éthylotest et/ou une vérification des achats pourront être effectués lors de votre retour.

Sorties exceptionnelles

Objet : démarches administratives ou nécessité médicale

- Demande à formuler auprès de l'infirmier minimum 48h avant la sortie pour obtenir une réponse concernant la décision de l'équipe.
- Le transport en VSL pourra être commandé si un médecin constate que votre état de santé le justifie.

Sorties thérapeutiques

- Autorisées à partir du quatrième week-end suivant votre admission (S3 au planning).
- Avec un membre de l'entourage
- Signer au départ et au retour avec le membre de l'entourage à l'infirmier
- De 9h à 17h

Visites de votre entourage

- Le samedi et le dimanche de 9h00 à 16h00 et les jours fériés.
- Autorisées à partir du deuxième week-end suivant votre admission
- A l'extérieur de préférence
- Repas obligatoire au self pour les patients présents/ Possibilité de repas au self pour les visiteurs (prévenir l'accueil jeudi au plus tard)
- Les enfants restent sous la responsabilité du parent ou de l'adulte accompagnant.

Cas de rupture immédiate du contrat de soins

- Absence ou retards répétés aux ateliers de groupe, prise des médicaments ou repas.
- Consommation ou détention de :
 - Produits alcoolisés (y compris eau de toilette, lotion après rasage, bain de bouche, solution hydro-alcoolique, etc.)
 - Médicaments non prescrits dans l'établissement (les médicaments administrés par les infirmiers sont à prendre à l'infirmier)
 - Produits illicites (cannabis, cocaïne, etc.)
 - Outils ou matériel dangereux
- Acte de violence ou de délinquance envers les professionnels et les patients



Tous ces produits sont à remettre à l'infirmier le jour de l'entrée.

Toute l'équipe (médicale, paramédicale, administrative et technique) est formée aux addictions et s'engage à mettre à votre disposition leurs compétences et leur savoir faire pour garantir ensemble le respect du contrat de soins.

L'infirmier et les consultations

- Infirmier au 1^{er} étage
- Équipe soignante disponible jour et nuit
- Lieu de prise des médicaments
 - Aux horaires affichés
 - Munissez-vous de votre bouteille
- Lieu de réalisation de tout soin
- Consultations médicales prévues à l'entrée et à la sortie
- Pour toute autre demande :
 - Adressez-vous à l'infirmier
 - Indiquez le motif de votre consultation à l'infirmier
 - Selon votre demande un rendez-vous pourra être programmé avec un médecin

NB : Il est important de signaler toute douleur (physique ou psychique) ressentie tout au long de votre hospitalisation afin que nous puissions mettre en place les actions nécessaires à sa prise en charge.

Vie collective

- Interdiction de fumer (y compris cigarettes électroniques) dans toute la clinique (chambres, balcons, salles, hall d'accueil, sas, etc.). Notre établissement est un lieu de santé sans tabac, une zone fumeur est à votre disposition.
- Interdiction de se faire livrer de la nourriture provenant de l'extérieur
- Respect des horaires des repas
- Respect du calme et du repos de chacun
- Vous devez regagner votre chambre au plus tard à 23h en semaine (et 00h les vendredis, samedis et veille de jours fériés)
- L'accès des chambres est réservé exclusivement à leurs occupants et aux professionnels.
- La présence d'animaux dans les étages est strictement interdite
- Hygiène personnelle correcte et tenue vestimentaire décente
- Respect des locaux et tri des déchets.
- Les draps sont changés le mardi suivant votre entrée puis tous les 14 jours. (si besoin s'adresser aux agents Elior)
- Une machine à laver et un sèche-linge sont mis à votre disposition gracieusement (de la lessive est en vente à l'accueil)

Objets personnels

- Clés de véhicule à remettre au coffre le jour de l'entrée
- Interdiction de conduire pendant le séjour

Nous vous conseillons de laisser au coffre principal de l'établissement :

- Argent liquide
- Carte bancaire
- Chéquier
- Objets de valeur

Pour votre sécurité vos chambres ne ferment pas à clé : soyez vigilants concernant vos affaires.

- Vous disposez d'un placard fermant à clé (prévoir un cadenas)
- Utilisez vos placards pour y entreposer vos affaires en votre absence
- Ne laissez rien de visible ou de tentant dans votre chambre
- Gardez toujours vos clés avec vous

Par ce contrat vous vous engagez, à respecter les points ci-dessus, indispensables à la réussite de votre séjour.

Toute l'équipe de la Clinique Saint Barnabé

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Votre signature : Cliquez ici pour entrer du texte.

Etiquette Patient

PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE INTEGRE A LA PRISE EN CHARGE

L'équipe pluridisciplinaire de la Clinique Saint Barnabé propose à votre patient un programme d'éducation thérapeutique intégré à la prise en charge, ce programme a été élaboré dans le but de l'aider à gérer sa maladie au quotidien et préserver une qualité de vie. Le programme lui est présenté, lui indiquant l'utilité du programme, et les bénéfices attendus. Ce programme comporte plusieurs ateliers collectifs et individuels qui lui permettront d'aborder les différents aspects de la maladie tant au niveau physique, psychique et social.

Objectifs généraux et opérationnels :

- Créer la motivation au changement, réduire le déni
- Comprendre les mécanismes de dépendances aux différents produits
- Connaître les risques somatiques liés aux addictions
- Favoriser le suivi ultérieur
- Connaître et s'approprier les modalités de suivi
- construire une conduite à tenir en cas de reprise des consommations

Les moyens

- Ateliers d'informations médicales
- Ateliers pratiques de mise en situation
- Thérapie communautaire



En raison des risques inhérents à la conduite d'un véhicule personnel,
il est souhaitable de prévoir un transport sécurisé
(VSL-taxi-ambulance) pour l'admission,
dans le cas où le patient ne pourrait pas être amené par sa famille.

INFORMATIONS PRATIQUES SUR VOTRE SEJOUR

Accès par les transports en communs

- A partir du centre ville : Bus 31 – arrêt Saint Joseph
- Métro : ligne 2 - arrêt Bougainville, puis Bus 28 direction les Aygalades arrêt St Joseph
- Train : ligne Marseille-Aix /Aix Marseille arrêt en gare de St Joseph le Castellas

Pour les patients qui viennent en train : prévoir votre billet de retour (billet ouvert).

Parking : Pour des raisons de sécurité il est déconseillé d'arriver au volant d'un véhicule motorisé, toutefois, un parking est à votre disposition : « l'établissement décline toute responsabilité en cas de vol ou détérioration des véhicules garés ». L'usage de votre véhicule vous sera interdit durant le séjour, les clés devront être remises à l'accueil dès l'entrée et déposées au coffre de la Clinique.

Si vous venez de votre domicile

- Prendre pour le jour de votre admission votre carte vitale, votre carte mutuelle ainsi que votre pièce d'identité
- Prendre vos documents médicaux importants (examens complémentaires, comptes rendus, examens biologiques, ordonnances...)
- Ne pas apporter de médicaments (sauf contraceptifs et progestatifs)
- L'usage du téléphone portable étant restreint vous pouvez prévoir un réveil
- **Ne pas apporter de produits de toilettes contenant de l'alcool.**

Pôle emploi

Pour les patients indemnisés par pôle emploi, si vous ne vous êtes pas déclaré en maladie avant l'entrée: Tous les documents ci-dessous seront à présenter à l'assistante sociale à votre arrivée pour le **transfert pôle emploi/cpam**.

En cas de déclaration d'hospitalisation, la radiation est immédiate afin que la Sécurité sociale prenne le relais sur le versement de vos indemnités.

Quelque soit la date de votre dernier emploi il faudra faire parvenir à la CPAM :

- Vos 4 derniers bulletins de salaire précédant votre chômage,
- Votre notification d'inscription à Pole Emploi,
- Votre dernier paiement de Pôle Emploi.
- Si vous avez été licencié : la lettre de licenciement + le solde de tout compte.

Linge

N'oubliez pas d'apporter des effets personnels (change de vêtements, serviette et accessoires de toilette...).

L'établissement met à votre disposition une buanderie (lave-linge, sèche-linge, distributeur de lessive) moyennant l'achat de jetons. Le fer et la planche à repasser sont à disposition dans la buanderie.

Si vous venez d'un autre établissement de soins

L'ensemble des données administratives et médicales nécessaires à votre admission nous sera transmis par l'établissement de soins.

Notre équipe

Pour assurer une prise en charge de qualité tout au long du séjour, une équipe pluridisciplinaire formée à la prise en charge de la maladie addictive exerce au sein de l'établissement.

Le programme thérapeutique

6 semaines de traitement autour d'une psychothérapie active à la reconquête progressive de l'autonomie à la suite d'un sevrage médicalisé :

- **Psychothérapie de groupe et possibilité de prise en charge individuelle**
- **Relaxation**
- **Conférences entourage/patient**
- **Programme d'éducation thérapeutique**

- **Objectifs généraux et opérationnels**

- créer la motivation au changement, réduire le déni
- favoriser le suivi ultérieur
- comprendre les mécanismes de dépendances aux différents produits
- connaître les risques somatiques liés aux addictions
- connaître et s'approprier les méthodes de prévention des risques de rechute
- connaître et s'approprier les modalités de suivi
- construire une conduite à tenir en cas de reprise des consommations

- **Les moyens**

- séances d'informations médicales
- ateliers pratiques de mise en situation
- thérapie communautaire

Contrat de soins et de vie collective :

Nous vous demandons de prendre connaissance du contrat de soins de la structure adressé en pièce jointe, afin de préparer au mieux votre séjour.

De plus amples informations vous seront communiquées sur ce document lors de la réunion d'accueil

Objets de valeur- argent- bijoux etc...

La Clinique décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol, il est conseillé de ne pas avoir avec vous d'objets de valeur. Vous pourrez mettre au coffre de la clinique vos papiers d'identité, chéquier et carte de crédit.

Il est demandé de ne pas amener d'appareils électriques (bouilloire, cafetière, fer à repasser ...dont l'usage est interdit) par mesure de sécurité.

Les sorties n'étant pas autorisées pendant les 9 premiers jours, prévoyez de prendre tout ce dont vous avez besoin quotidiennement (argent, vêtements, linge de toilette, réveil, petit cadenas...)

NB : si vous êtes fumeur, une aide pour arrêter de fumer vous sera proposée

