

## DOSSIER ADMISSION URA « Les Hirondelles »

Pour intégrer l'unité, il est nécessaire de compléter le dossier d'admission ci-joint :

- ✚ La partie médicale est à remplir avec votre médecin généraliste ou spécialiste.
- ✚ La partie « charte de l'URA » définit de façon contractuelle les conditions de votre hospitalisation (contrat de soins et règles de vie). Une demande d'admission vous engage donc au respect inconditionnel de cette charte.
- ✚ Vous serez prévenu par téléphone de votre date d'admission et des modalités d'admission.
- ✚ Le dossier d'admission complété est à renvoyer par courrier, mail, ou fax au secrétariat de l'URA :

**CHS Saint-Ylie Jura  
Secrétariat de l'URA  
120 route Nationale  
BP 100  
39108 Dole cedex  
Mail : [ura.addictologie@chsjura.fr](mailto:ura.addictologie@chsjura.fr)  
Fax : 03 84 82 81 46  
Tel : 03 84 82 81 44**

### Remarques importantes :

Vous devrez arriver à l'hôpital accompagné d'un proche ou d'un transporteur, il n'est pas autorisé de venir seul avec votre véhicule personnel. **Le service ne délivre pas de bon de transport.**

L'unité actuelle étant transitoire, nous ne pouvons accueillir de patients à mobilité réduite. Vous devrez être en capacité de pouvoir gravir des escaliers. Si vous avez des questions vis-à-vis de cette problématique, nous vous encourageons à prendre contact avec le service par téléphone avant de remplir votre dossier d'admission.

## LISTE DES DOCUMENTS A NOUS RENVOYER

Toutes les pages annotées « à renvoyer » sont à retourner à savoir :

- ✚ Fiche administrative avec photocopie carte vitale, mutuelle, carte d'identité
- ✚ Formulaire « personne de confiance »
- ✚ Fiche médicale avec le bilan sanguin de moins de 3 mois (comptes rendus d'examens ou courriers médicaux susceptibles d'améliorer votre prise en charge)
- ✚ Fiche « pour vous connaître »

**En l'absence de ces documents, votre dossier ne sera pas étudié par la commission des admissions**

## INFORMATIONS DE PRISE EN CHARGE

**AVANT VOTRE ADMISSION**, plusieurs **formalités** doivent être accomplies :

S'assurer que :

- ✓ Vos droits sont bien ouverts par l'assurance maladie,
- ✓ Votre complémentaire santé (mutuelle) prene bien en charge financièrement votre séjour (cotisations bien à jour, contrat toujours en cours...)

Si besoin pour votre mutuelle voici le code FINESS de l'établissement : 390000164 et le code DMT : 210.

*Si vous bénéficiez d'un accompagnement social en cours (accès au logement, finances, prise en charge...), il est possible de contacter l'Assistante Sociale de l'URA via notre secrétariat.*

### **FRAIS DE SEJOUR**

- ✓ Journées d'hospitalisation : prises en charge par l'assurance maladie si les droits sont ouverts.
- ✓ Ticket modérateur : il sera pris en charge par votre caisse de sécurité sociale si vous êtes à 100% et par votre mutuelle si le contrat le prévoit.
- ✓ Forfait journalier : il sera pris en charge par votre mutuelle si le contrat le prévoit.  
Tarif 20€
- ✓ Chambre particulière : elle vous est proposée lors de votre admission dans le service.  
Tarif : 35€

### **Information importante concernant le jour et l'heure d'admission à l'URA :**



- ✓ **Vous devrez passer au bureau des entrées du CHS Saint-Ylie JURA pour réaliser votre admission (prévoir 15 à 20 minutes avant votre admission dans le service).**
- ✓ **Merci de bien respecter votre horaire d'admission car celui-ci est fixé sur une plage horaire de présence médicale, en cas de retard au-delà de la plage horaire de présence médicale nous ne procéderons pas à votre admission.**

## FICHE ADMINISTRATIVE

### ETAT CIVIL :

NOM .....

Prénom : .....

NOM de jeune fille : .....

Né(e) le : .....

Lieu de Naissance : .....

Adresse .....

CP/Ville.....

Tél : .....

Mail : .....

### SITUATION FAMILIALE :

Marié(e)

Divorce

Séparé(e)-veuf(ve)

Célibataire

En concubinage

Pacsé(e)

### SITUATION PROFESSIONNELLE

Profession : .....

Sans activité :

retraité(e)

Chômage

Autre

RSA

Longue maladie, invalidité, AAH

### MESURE DE PROTECTION

Oui

Tutelle

Curatelle simple

Non

Renforcée

Sur décision judiciaire

Coordonnées de la personne  
ou du service en charge de  
la mesure :

**Merci d'informer votre mandataire de votre projet de soins**

### ASSURANCE MALADIE - MUTUELLE

Nom de l'assuré :

.....

N° sécurité sociale :

.....

Caisse d'immatriculation :

.....

Nom de la mutuelle :

.....

Etes-vous bénéficiaire de :

Complémentaires Santé Solidaire (ex-CMU-C)

Percevez-vous :

Affection Longue Durée (ALD)  oui  non

ALD pour quelle pathologie ? .....

**PERSONNE A PREVENIR :**

NOM – Prénom : .....  
 Parenté : .....  
 Adresse : ..... CP/ Ville : .....  
 Tél : .....  
 Mail : .....@.....

**PERSONNE DE CONFIANCE :**

Fiche annexe à remplir obligatoirement

**DMP : DOSSIER MEDICAL PARTAGE :**

Le dossier médical partagé (DMP) est un **espace de stockage sécurisé de vos données de santé**. Le DMP permet de stocker et de partager des documents de santé avec les professionnels de votre choix. Souhaitez-vous que nous alimentions votre DMP :

**oui**                       **non**                       **je déciderai après échange avec le médecin du service**


**CORRESPONDANTS MEDICAUX ET PROFESSIONNELS DE SANTE :**

Médecin traitant :	.....
Médecin addictologue :	.....
Médecin psychiatre :	.....
Autre :	.....

**SITUATION SOCIALE :**




Suivi social :                       oui                       non

Nom et coordonnées de la personne en charge de ce suivi :  
 .....  
 .....

**Signature :** 

**Pièces à joindre impérativement :**



-  Pièce d'identité, recto et verso
-  Carte vitale
-  Carte de mutuelle en cours de validité

## FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

(À compléter par le médecin et à transmettre sous pli confidentiel)

### PATIENT :

NOM – Prénom : .....

Né(e) le : .....

### Médecin prescripteur :

Dr : ..... Spécialité : .....

Adresse : .....

Tél ..... courriel : .....

Date d'admission souhaitée : .....

Date et lieu de la post cure (si prévue) : .....

Principale/s addiction/s justifiant la demande de sevrage :

- .....
- .....
- .....
- .....

Si trouble de l'usage alcool, antécédent d'accidents de sevrage :

crise comitiale     Pré DT     DT

### A joindre :



- ✓ Traitement / ordonnance en cours obligatoirement
- ✓ Comptes rendus de précédentes prises en charge
- ✓ Obligatoirement : 1 bilan sanguin de moins de trois mois comportant les analyses suivantes :

**Numération formule sanguine, ionogramme, glycémie, urée, créatinémie, clairance de la créatinine, CRP, Albumine, ASAT, ALAT, GGT, PAL, Bilirubine, TP**

**Conduites addictives**

**Habitudes de consommation actuelles et autres conduites addictives :**

	Actuelle	Ancienne	Substituée	Fréquence, quantité, ou autre précisions / observations
Alcool				
Benzodiazépines				
Cannabis				
Cocaïne				
Héroïne				
Tabac				
Autres produits				
Addictions sans produit / Comportementales/ TCA				

**Conduites addictives (suite)**

Prises en charge antérieures : ambulatoires, cures, postcures  
(Par qui, quand, où, pourquoi, durée) :

.....

.....

.....

.....

.....

### Pathologies psychiatriques

Anxiété: .....

Dépression : .....

Antécédents de TS:  OUI  NON Si oui : Date dernière TS : .....

Troubles de la personnalité : .....

Autres pathologies psychiatriques : .....

.....

Hospitalisations en psychiatrie :

.....

.....

.....

### Pathologies organiques : Diagnostic et prise en charge en cours

.....

.....

.....

.....

### Etat clinique / vaccination/ Statut Sérologique

État général : .....

Restriction de mobilité et/ou d'autonomie (étage sans ascenseur) : .....

État cutané si patient injecteur: .....

Constantes : .....

Poids : ..... Taille : .....

Régime alimentaire spécifique : ..... Nombre de repas/ jour : .....

**Statut vaccinal :**  Tétanos  DTPC  HB

Autres : .....

#### TESTS EFFECTUES :

**Statut VIH :**                      **Date du test le plus récent :** ..... **Résultat :** .....

**Statut Hepatite C :**                      **Date du test le plus récent :** ..... **Résultat :** .....

**Statut Hepatite B :**                      **Date du test le plus récent :** ..... **Résultat :** .....

**Risque BHRe : Bactéries hautement résistantes émergentes**

Le patient a-t-il été hospitalisé à l'étranger au cours de 12 derniers mois : .....

Le patient a-t-il été hospitalisé au CH Louis Pasteur de Dole (Jura) entre avril 2022 et Avril 2023 : .....

**Autres antécédents**

Médicaux : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Chirurgicaux : .....  
.....  
.....  
.....

Gynécologiques/Obstétriques : .....  
.....  
.....

Familiaux : .....  
.....  
.....

Allergies (médicamenteuses, alimentaires, autres) : .....

**ATTESTATION**

Je soussigné(e) Dr. .... atteste que

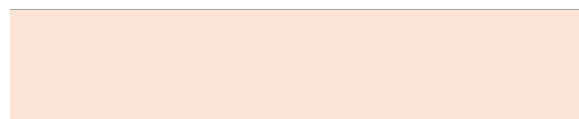
Mr / Mme .....

peut mener une vie normale en collectivité sans précaution particulière pour lui-même comme pour autrui.

Dans le cas d'un transfert direct de mon établissement, je m'engage à le réadmettre dans mon service en cas de rechute ou de difficultés d'adaptation.

Fait à ..... le.....

**Cachet et signature du Médecin obligatoire**



**FICHE PERSONNELLE « Pour vous connaître » :**

**En quelques lignes décrivez vos attentes vis-à-vis de l'hospitalisation :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Signes de manque :**

**Lorsque vous ne consommez plus de produit (ou moins) quels signes de manque présentez-vous ?  
(Par ordre d'apparition si possible)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Engagement contractuel :**

**Je certifie par la présente avoir pris connaissance de la charte de fonctionnement du service et consent au respect de celle-ci (pages 13 et 14) :**

**Signature Patient :**

.....

## La Personne de confiance

A l'occasion d'une hospitalisation, vous pouvez désigner une personne de confiance sauf si vous êtes mineur. Il s'agit pour vous d'une possibilité et non d'une obligation.

C'est une personne majeure, à qui vous faites confiance, et avec laquelle vous avez parlé de vos convictions et de vos choix concernant votre santé.

Il peut s'agir d'un membre de votre famille, d'un proche (voisin, ami) ou de votre médecin traitant. Le fait de désigner une personne de confiance ne signifie pas que vous n'avez confiance qu'en une seule personne.

### La personne de confiance pourra :

✓ Avec votre accord, vous assister et vous accompagner lors des entretiens médicaux.



✓ Etre consultée, si votre état ne vous permet pas de faire connaître aux personnes qui vous soignent votre avis ou les décisions que vous souhaitez prendre concernant votre santé. L'avis de votre personne de confiance ne sera que consultatif. Elle ne décidera pas à votre place ni à la place de l'équipe de soins, et s'efforcera de refléter au mieux votre volonté.



L'avis de votre personne de confiance sera prépondérant sur le reste de votre entourage, qui sera en principe aussi consulté avant toute intervention ou décision médicale importante vous concernant.

### Quelle est la différence avec la personne à prévenir ?

Vous ne pouvez désigner qu'une seule personne de confiance, dont la mission principale sera de vous assister et d'éclairer l'équipe de soins sur votre façon de voir les choses.

Vous pourrez également désigner une ou plusieurs personnes à prévenir, qui pourront être très utiles à l'équipe de soins pour les actes de la vie courante (ex : démarches administratives).

Une personne de votre entourage pourra être à la fois personne à prévenir et personne de confiance.

### Quelles informations seront données à votre personne de confiance ?

Toutes les décisions que vous prendrez concernant votre santé figureront dans votre dossier médical. Votre personne de confiance n'a aucun droit d'accès à votre dossier médical.

Vous serez libre de décider que certaines informations que vous considérez confidentielles ne devront pas être données par l'équipe de soins à votre personne de confiance. Vous devrez alors l'indiquer précisément à l'équipe de soins.

### Comment la désigner ?

La désignation se fait par écrit (formulaire joint au dossier), selon l'item correspondant à votre situation actuelle :

- ✓ **Personne majeure**
- ✓ **Personne majeure sous tutelle**
- ✓ **Personne majeure dans l'incapacité de remplir seule le document**

La désignation de votre personne de confiance est valable sans limitation de durée. Vous avez la possibilité de révoquer votre personne de confiance à tout moment. Dans ce cas, vous déciderez d'en désigner une autre ou de ne plus avoir de personne de confiance.

## Formulaire de désignation - Personne de confiance

### Personne Majeure

Je soussigné(e),

NOM ..... Prénom .....  
Date de naissance ..... / ..... / .....

Reconnais avoir pris connaissance de la plaquette d'information ci-jointe et être informé(e) de ma possibilité de désigner une personne de confiance.

- Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance :
- Je souhaite désigner la personne de confiance ci-dessous :

NOM ..... Prénom .....

Date de naissance ..... / ..... / .....

Adresse .....

Ville ..... Code postal .....

Téléphone : Portable ..... Domicile .....

Adresse Mail : .....@.....

Cette personne de confiance est (un parent, un proche, mon médecin traitant) :

Je suis informé(e) que cette désignation est révocable et modifiable à tout moment par écrit.

Fait à ..... Le ..... / ..... / ..... Signature du patient :

### CONSENTEMENT DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e), NOM ..... Prénom.....

Accepte d'accompagner Mme/Mr ..... en tant que personne de confiance et de remplir ce rôle selon ses souhaits.

Fait à ..... Le ..... / ..... / ..... Signature de la Personne de Confiance :

**Personne sous Mesure de Protection**

Je soussigné(e), NOM .....Prénom .....

Agissant en qualité de .....Atteste que :

La désignation est autorisée par décision du Juge des Tutelles en date du.....

La désignation est autorisée par décision du conseil de famille en date du .....

Fait à ..... Le ..... / ..... / ..... Signature du Tuteur :



**Incapacité d'écrire seul(e) le formulaire**

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

**TEMOIN 1 :**

NOM .....

Prénom.....

Qualité (lien avec la personne) .....

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de Mme/Mr.....

Fait à ..... Le ..... / ..... / .....

Signature :



**TEMOIN 2 :**

NOM .....

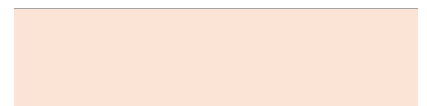
Prénom.....

Qualité (lien avec la personne) .....

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de Mme/Mr.....

Fait à ..... Le ..... / ..... / .....

Signature :



## LA CHARTE DE L'URA « Les Hirondelles »

Ce document tient lieu de contrat et de règles de vie entre vous et le service de soins.

### Principes fondamentaux auxquels vous souscrivez :

- ✎ Volonté personnelle d'entreprendre un parcours de soins adapté au traitement des addictions.
- ✎ Abstinence totale de prise de substances psychoactives non prescrites pendant toute la durée de votre séjour (alcool, stupéfiants, CBD toutes formes, psychotropes, traitements médicamenteux non prescrits).
- ✎ Interdiction d'introduire toutes substances psychoactives au sein de l'établissement.

### Les temps de soins et d'activités thérapeutiques :

Votre présence sur les temps de soins et d'activités est **obligatoire**. Ponctualité et participation active sont attendues.

### Les repas :

Petit déjeuner : 7h45

Déjeuner : 11h45

Collation : 16h

Dîner : 18h45

Les repas sont considérés comme un soin, votre présence est obligatoire. Les repas sont pris en salle commune. **La nourriture périssable est interdite en chambre**, tout comme l'utilisation de vaisselle, cafetière, bouilloire, rallonge. **La livraison de repas est interdite.**

### L'hygiène et la tenue vestimentaire :

Une douche quotidienne ainsi que des habits propres et adaptés sont attendus. **Le service dispose d'une machine à laver (produits de lavage non fournis)**

### Le respect du matériel et des locaux :

- ✎ Respect du bon état des locaux et du matériel et objets mis à disposition.
- ✎ Réfection du lit et rangement de la chambre quotidien (selon l'état clinique).
- ✎ Toute dégradation vous sera facturée.

### Le respect d'autrui et la sécurité des personnes :

Vous devez, en toutes circonstances, garder un comportement correct et respectueux. Aucune violence verbale ou physique ne sera tolérée entre patients comme avec l'équipe de soins. A 23h30, présence en chambre obligatoire avec le respect du repos des autres patients. Les regroupements en chambre et les relations affectives et/ou relations sexuelles sont proscrites.

Tout symbole ou attitude évoquant des consommations sont interdits (discours, vêtements...).

### Le numérique : téléphone portable, ordinateur, console de jeux, tablette, liseuse :

Vous pouvez utiliser votre matériel numérique uniquement dans votre chambre ou à l'extérieur de l'unité. Il doit être éteint lors des temps de soins, de repas, d'activités et après 23h30. La réalisation de vidéos et/ou de photos est interdite. **Le service ne dispose pas de wifi.**

### **Tabac et vapotage, CBD :**

Il est autorisé de fumer ou vapoter uniquement à l'extérieur de l'unité dans des lieux dédiés.  
**L'utilisation de CBD quel que soit sa forme est proscrite pendant l'hospitalisation.**

### **Sorties, Visites et permissions :**

- ✦ Les permissions ne sont pas autorisées sauf circonstance exceptionnelle avec avis médical.
- ✦ Les sorties sont restreintes à la terrasse et à la cour du service lors de la première semaine d'hospitalisation (nécessité d'une surveillance médicale importante). A partir de la deuxième semaine, après accord médical, les sorties sont autorisées uniquement dans l'enceinte de l'hôpital et en dehors des temps d'activités et de soins.
- ✦ Les visites ne sont pas autorisées la première semaine d'hospitalisation. A partir de la seconde semaine les visites ont lieu sur rendez-vous et sont limitées à une durée d'une heure en semaine et deux heures les week-ends. Vos proches prennent rendez-vous auprès de l'équipe de soins. Les visites ne peuvent avoir lieu sur un temps de soins ou d'activités. Les visites ont lieu en chambre ou dans l'enceinte de l'hôpital.

### **Inventaire personnel :**

Un inventaire de vos affaires personnelles sera réalisé lors de l'admission et à chaque fois que l'équipe de soins le souhaite, en votre présence. Les armes ou objets contondants sont interdits. Les produits d'hygiène contenant de l'alcool sont interdits en chambre. Certains objets pourront vous être retirés sur avis médical et avec votre accord. En cas de désaccord de votre part, l'hospitalisation pourra être interrompue.

### **Prise de substances et contrôles :**

Il est formellement interdit d'introduire de l'alcool, du CBD ou des stupéfiants dans le service. Des contrôles de prise de substances sont réalisés lors de votre admission de façon à pouvoir adapter votre prise en charge médicale et éviter toutes complications en lien avec le sevrage. Pour autant, des contrôles pourront avoir lieu à tout moment de l'hospitalisation.

### **Objets de valeur :**

Il est conseillé de venir avec le moins d'objets de valeur possible. Le service ne dispose pas de coffre (voir informations patients). Le prêt, l'échange d'objets sont fortement déconseillés. Le service ne pourra être tenu responsable de dégradation ou de vol de vos affaires personnelles. Si toutefois, vous souhaitez déposer des valeurs, elles seront acheminées à la trésorerie centrale de Dole via le coffre des dépôts du CHS. La récupération de vos valeurs se fera après l'hospitalisation en trésorerie de dole, à votre initiative, selon les horaires définis par ce service.

**Le patient s'engage à respecter la charte d'hospitalisation de l'URA ; le non-respect de cette charte est un motif de fin d'hospitalisation, une alternative de soin vous sera proposée.**

Equipe médico-soignante URA

## INFORMATIONS PATIENT

### Pour votre séjour :

Vous disposez d'une chambre individuelle avec armoire (possibilité de fermer son armoire avec un cadenas **non fourni**).

Les chambres ne sont pas équipées de télévision, ni de téléphone fixe. Le service ne dispose pas de wifi mais la couverture 4G est fonctionnelle (utilisation data de votre forfait mobile internet).

Une salle d'activités, une salle commune avec télévision, ludothèque, bibliothèque sont à votre disposition.

### Trousseau :

- ✚ **Vêtements pour la durée** du séjour, dont une (ou plusieurs) tenues de sport, baskets.
- ✚ **Nécessaire de toilette** : serviettes et gants fournis, prévoir produits d'hygiène, claquettes/sandales, peignoir ou sortie de douche (sanitaire collectif coté homme et coté femme).
- ✚ **En période estivale et de forte chaleur**, pensez à apporter un chapeau, de la crème solaire, les ventilateurs personnels sont autorisés. Le service dispose d'une salle climatisée.
- ✚ Papeterie, stylos, enveloppes, timbres.
- ✚ **Prévoir cigarettes et vapotage pour toute la durée de votre hospitalisation.** (Un sevrage tabagique peut-être proposé). **CBD non autorisé.**
- ✚ Argent de poche, le CHS dispose d'une cafétéria (carte bancaire acceptée). Dans certains ateliers vous pourrez repartir avec les objets réalisés moyennant la participation au prix de la matière première (de 0 à 4 euros maximum). L'achat de l'objet réalisé n'est pas obligatoire et ne limite en rien la participation à l'activité.
- ✚ Un cadenas.
- ✚ Lessive pour votre linge.
- ✚ **Le personnel du service n'est pas autorisé à accompagner les patients en course à l'extérieur du service ou à réaliser des achats pour les patients. Il est donc impératif de venir avec un peu d'argent de poche, du tabac ou votre matériel de vapotage pour la durée du séjour. Si besoin vous pourrez solliciter vos proches.**