

CENTRE DE KERDUDO

Centre de Soins de Suite et de Réadaptation en ADDICTOLOGIE

2 impasse Kerdudo 56520 GUIDEL
Tel : 02 97 02 95 30 Fax : 02 97 02 95 45
Mail : centre-kerdudo@wanadoo.fr
N°FINESS : 560003006



Public femme adulte

L'AMAFE, Association d'Accompagnement des Malades Alcooliques pour les Femmes et leur Entourage, a mandaté la Mutualité Française 29-56, groupe VYV 3, pour gérer le Centre de Kerdudo.

L'établissement est situé à Guidel dans le Morbihan, entre mer et campagne, à environ 15 kilomètres de Lorient à proximité des zones commerciales, et à 7 km de la côte.

Pour faire face à la crise sanitaire et limiter les risques liés au Covid-19, le centre reçoit actuellement jusqu'à 22 patientes.

Un séjour de soin est prescrit pour une durée de deux à trois mois permettant à la patiente d'expérimenter un séjour « sans produit »

Indications du séjour en SSRA

Cure ou sevrage préalable en milieu hospitalier

Etre volontaire :

- Pour accepter de faire le point sur ses addictions aux produits toxiques, concrétisé par la réalisation d'un projet de soin individualisé,
- Pour adhérer aux objectifs thérapeutiques, notamment en acceptant d'expérimenter les changements proposés : expérience sans produit, activités créatives et d'expression à visée thérapeutique, groupes de parole, activités physiques,

Le projet de soin repose sur une prise en compte globale de la personne en difficulté avec un ou des produits psychotropes, centré sur :

- Une prise en charge médicale et paramédicale assurée par deux médecins addictologues, des infirmiers et des aides-soignantes,
- Un accompagnement psychologique de la dépendance et de la souffrance psychique assurée par deux psychologues et une psychiatre proposant un suivi individuel, et /ou des groupes de parole et forums à thème (je, communication, entourage, vidéos à thème...)
- Une prise en charge éducative et de réadaptation afin de :
 - favoriser un rythme de vie équilibrée ainsi qu'une démarche de réinsertion sociale
 - favoriser le développement des ressources personnelles au travers d'ateliers d'expression (écriture, expression théâtrale, chant, contes, musique..), d'ateliers de création (dessin-peinture, vernis-colle, bijoux, calligraphie, patchwork...) d'ateliers bien-être (soins du visage, des mains, respiration, relaxation...), d'activités physiques (gymnastique douce, marche, marche afghane...) et d'activités de découverte de l'environnement (médiation par le cheval, pâtisserie, sites naturels, lieux culturels, artothèque, CSAPA, expositions...),
- Une prise en charge sociale visant à maintenir la patiente dans une dynamique de soins par le biais d'un accompagnement individuel autour des facteurs de précarité.

Les sorties

Semaine 1 : les sorties du week-end et des jours fériés se font accompagnées de l'aide-soignante

Semaine 2 : les sorties sont autorisées entre 14h et 18h le samedi, le dimanche et les jours fériés accompagnées par une personne de l'entourage

Semaine 3 : les sorties autorisées le samedi , le dimanche et les jours fériés, le matin entre 9h et 12h ou l'après-midi entre 14h et 18h

Semaine 4 à 6 : les sorties autorisées chaque samedi et chaque dimanche et jour férié de 9h à 19h

A partir de la Semaine 7 : sortie autorisée du vendredi à partir du vendredi 17h30 jusqu'au dimanche 19h00

Des sorties sont autorisées le mercredi et jeudi de 17h à 19h à partir de la semaine 3

L'actualité sanitaire nous amène à autoriser uniquement sur la région Bretagne.

Les visites

Les visites sont autorisées le week-end sur une heure samedi et /ou dimanche sur prise de rendez-vous avec l'équipe éducative dans le cadre d'un protocole sanitaire.

Informations pratiques :

Vous devez vous munir :

- De votre dernière ordonnance médicale
- De votre traitement jusqu'au jeudi midi de la semaine d'entrée qui sera remis à l'infirmerie
- De votre pièce d'identité
- De votre attestation de carte vitale
- De votre carte de mutuelle ou attestation de CSS. *Certaines mutuelles complémentaires ne prennent pas en charge les séjours en SSRA (Code Discipline Médico Tarifaire = 214)*
A défaut de mutuelle totale ou partielle, le ticket modérateur de 20% et le forfait journalier de 20 € seront à la charge de l'assurée et réglés mensuellement à l'avance.
- Du bulletin de sortie fourni par l'établissement hospitalier le jour du départ

A votre arrivée

Un test PCR négatif entre 48 à 72 heures avant l'admission sera demandé.

Dans le cadre de l'identité-vigilance, une photo sera prise et enregistrée dans votre dossier patient informatisé.

Une vérification de vos bagages sera réalisée par un personnel. Certains produits ne sont pas autorisés dans l'établissement : alcool et produits stupéfiants, tout produit inflammable (laque, dissolvant avec acétone ...), objets dangereux.

Une clé vous sera remise pour votre chambre. Vous devrez veiller à sa propreté. Les produits ménagers sont fournis par l'établissement.

Un coffre est à disposition pour vos objets de valeur (bijoux, CB, chéquier, espèces...) La direction décline toute responsabilité en cas de vol ou de perte.

Vous devez apporter :

- Des vêtements pour un séjour de soin (lave-linge et sèche-linge à monnaieur ; sècheurs extérieurs et intérieurs et fers à repasser à disposition) La lessive est fournie par l'établissement
- Tenue et chaussures confortables pour la marche et les activités sportives
- Un nécessaire de toilette complet (un seul parfum autorisé)
- Des serviettes de bain et gants de toilette

L'usage du portable, des tablettes et ordinateurs personnels sont autorisés en dehors des temps d'activités et de repas

L'utilisation du véhicule personnel est interdite à partir de l'admission et sur la durée du séjour. Un parking est à disposition mais vous devrez laisser les clés de votre véhicule au service éducatif.

Les locaux :

- Une salle de restauration collective (plats cuisinés sur place)
- 2 salons de télévision
- 1 salon détente avec 3 postes informatiques avec accès internet et des jeux de société





CENTRE DE KERDUDO

Centre de Soins de Suite et de Réadaptation en ADDICTOLOGIE

2 impasse Kerdudo 56520 GUIDEL
Tel : 02 97 02 95 30 Fax : 02 97 02 95 45
Mail : centre-kerdudo@wanadoo.fr
www.centredekerdudo.com

N°FINESS : 560003006
Code DMT : 214

DOSSIER D'ADMISSION

Documents annexes à fournir avec le dossier

Dossier médical

- Les comptes rendus d'hospitalisation datant de moins de 2 ans
- Bilans biologiques complets et les sérologies virales
- La dernière ordonnance

Dossier administratif

- Carte de mutuelle recto verso ou attestation CSS
- Attestation de sécurité sociale
- Pièce d'identité

Date de la demande :...../...../.....

Origine de la demande :

Établissement hospitalier sollicitant l'admission :

.....

Adresse :

Code postal : Ville :

Tel : Poste :

Mail :

Nom du médecin prescripteur :

Nom du médecin traitant :

Coordonnées du service social :

Nom du travailleur social : Tel :

Joindre un bulletin de sortie à l'admission

I – Fiche médicale d'admission

(A compléter par le **médecin** prescripteur du séjour en SSRA)

A adresser sous pli cacheté aux médecins du centre:

Dr KERJEAN Jacqueline Addictologue / Dr DIOURIS Marc, addictologue

NOM du patient :..... Prénom..... Date de naissance.....

Le patient est admis dans notre centre de soins de suite et de réadaptation uniquement par transfert hospitalier après une *cure ou un sevrage*.

Date d'entrée en cure ou sevrage :

Date prévue de sortie :

Nom et adresse + tél du service prescripteur :

Nom et adresse + tel du médecin traitant :

Historique des addictions :

Historique des sevrages et séjours en CSSRA : *joindre compte(s) rendu(s) si moins de 2 ans :*

Historique d'hospitalisations en psychiatrie : joindre compte(s) rendu(s) :

Autres consommations repérées :

- Tabac : **non () oui ()** démarches de sevrages antérieurs ? Non () Oui ()
- Benzodiazépines : **non () oui ()** démarches de sevrages antérieurs ? Non () Oui ()
- Cannabis : **non () oui ()** démarches de sevrages antérieurs ? Non () Oui ()
- Opiacés : **non () oui ()** démarches de sevrages antérieurs ? Non () Oui ()
- Cocaïne : **non () oui ()** démarches de sevrages antérieurs ? Non () Oui ()
- Autres : **non () oui ()** démarches de sevrages antérieurs ? Non () Oui ()

SUIVI Addictologique ? Oui () Non ()

Si oui lequel ? : (Coordonnées de la ou les structures le cas échéant)

Antécédents médicaux :

- **Allergie :** **non () oui ()** :.....
- Pathologie cardiovasculaire : **non () oui ()** :.....
- Pathologie pulmonaire : **non () oui ()** :.....
- Pathologie rénale : **non () oui ()** :
- Diabète : **non () oui ()** : type :.....
- Pathologie **digestive** :
 - œsophagienne : **non () oui ()**
 - hépatite(s) (alcoolique, infectieuse, iatrogène) : **non () oui ()** :.....
 - cirrhose : **non () oui ()**
 - pancréatite(s): **non () oui ()**
- Pathologie **neurologique** :
 - polynevrite des membres inférieurs : **non () oui ()** avec difficultés à la marche **non () oui ()**
 - épilepsie : **non () oui ()**
 - syndrome cérébelleux : **non () oui ()** avec difficultés à la marche **non () oui ()**
- Pathologie **cancéreuse** : **non () oui ()**
- Pathologie **infectieuse** (tuberculose, hépatite C, autre.....): **non () oui ()** :.....
(joindre derniers courriers des spécialistes consultés)
- **Troubles cognitifs :** **non () oui ()** :
- **Tests réalisés ?** **non () oui ()** :

- MOCA/30 et/ou BEARNI score total...../30 score cognitif/22

Merci de joindre tout bilan neuropsychologique effectué pour le(la) patient(e) le cas échéant :

- Transfusion : non () oui () date :.....

-

Antécédents Gynéco-obstétricaux :

Parité ?

Contraception ?

Antécédents chirurgicaux :

.....

.....

.....

.....

SITUATION ACTUELLE :

Poids : Taille : IMC :

Autonomie locomotrice ? Oui () Non () Périmètre de marche :.....

Autonomie sphinctérienne ?

TRAITEMENT EN COURS :

TSO	Buprénorphine	Méthadone
Dosage		

Psychotropes	Autres

En cas de traitement par Benzodiazépines :

- Date de prescription initiale :
- Motif de prescription:

Pathologie psychiatrique connue traitée **non** () **oui** () :

Personnalité:

.....
.....

Votre avis de prescripteur :

Fait à:

Le:

Docteur :

Coordonnées (adresse, tél, n° poste) :

Merci de joindre à ce dossier en cas de pathologie nécessitant un ou des suivis spécialisés, les noms et adresses des spécialistes que le patient a consultés

Il est souhaitable que le patient arrive avec sa dernière ordonnance (ou ses dernières ordonnances s'il y a plusieurs prescripteurs) et son traitement pour 24 heures, merci de le signaler également au service que vous choisirez avec le patient pour son sevrage.

QUESTIONNEMENT COVID AVANT ADMISSION

(A remplir par le patient)

Service : Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....	Avez-vous été testé positif au Covid 19 ?	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON Si oui : <input type="checkbox"/> PCR ou <input type="checkbox"/> sérologie Date du prélèvement :/...../.....
	Avez-vous été en contact prolongé (+ de 15 mn à moins d'1 m) dans les 15 derniers jours avec une personne testée positive au Covid 19 ou en présentant des symptômes ?	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
	Présentez-vous en ce moment des signes pouvant faire penser au COVID (fièvre, toux, gêne respiratoire, fatigue anormale, perte du goût/odorat...)?	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON Si oui, lesquels :

Avez-vous été vacciné(e) contre le COVID-19 ?

Nom du VACCIN :

Date de la première injection :/...../.....

Date de la deuxième injection :/...../.....

Fiche de renseignements sociaux

(à compléter par l'intéressé(e))

I - Etat civil

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :/...../..... Lieu :

Nationalité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone domicile : Portable :

E-mail :

Logement : Quel est le mode d'hébergement du patient (e) ?

- Locataire Propriétaire Hébergé (famille, amis...)
 Structure collective:(préciser)
 SDF

Projet de relogement envisagé à la sortie du séjour en SSR addictologie

.....

Si Suivi social : Coordonnées des différents intervenants

.....

.....

.....

II - Votre situation familiale : (entourez la réponse juste)

Célibataire – marié(e) – divorcé(e) – séparé(e) – veuf (ve) – remarié(e) – pacsé(e) - concubinage

Enfants: *Prénom* : *Age* :

.....

.....

.....

En cas de divorce ou de séparation, situation à l'égard des enfants :

Droit de garde Droit de visite Aucun droit

La garde est organisée pour la durée des soins : oui non

III - Ressources :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salaire | <input type="checkbox"/> Indemnités journalières |
| <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité | <input type="checkbox"/> RSA |
| <input type="checkbox"/> A.A.H | <input type="checkbox"/> Pension de retraite |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez la nature)..... | |

Si vous avez une activité professionnelle vous pouvez demander un arrêt de travail à votre admission.

Mesure de protection

- Oui Coordonnées de l'organisme ou de la personne mandatée
.....
.....
- Non

IV - Divers

Personne à prévenir : personne majeure (en cas d'hospitalisation ou départ prématuré notamment) :

Nom :

Lien de parenté :

N° de tél. :

Adresse :

Votre motivation

(à compléter par l'intéressé(e))

> **Pouvez-vous expliquer pourquoi vous souhaitez être admis en S.S.R.A ?**

> **A la lecture de la plaquette de présentation de notre centre de S.S.R.A., quels sont le ou les éléments qui vous intéressent particulièrement?**

➤ **Qu'est-ce que vous envisagez à la sortie?**

REGLEMENT INTERIEUR

Dès votre arrivée dans l'établissement, il vous est demandé de respecter les éléments de ce règlement intérieur.

- Toute vie collective suppose le respect, la tolérance et l'acceptation de l'autre, y compris dans la différence. L'animosité, les rejets ou les sous-groupes excluant toute relation avec l'ensemble de la collectivité sont à éviter. Ce qui se traduit par un comportement adapté sans violence verbale ni physique. Le vivre ensemble suppose la limitation des nuisances sonores.
- Dans le respect de soi et des autres, l'hygiène corporelle et vestimentaire ainsi qu'une tenue correcte sont demandées.
- Une chambre vous est confiée, vous en avez la responsabilité. Veillez à son entretien régulier et à ne pas la dégrader.
- Il vous est demandé de respecter les espaces communs.
- Dans le cadre de la sécurité incendie, il n'est pas autorisé d'utiliser bougie, encens.
- L'utilisation du véhicule pendant le séjour n'est pas autorisée. Néanmoins, il peut y avoir des dérogations.
- L'usage de certains produits est interdit dans l'établissement. Une liste peut être consultée dans la pochette de bienvenue.
- Compte-tenu des principes de confidentialité, d'anonymat et de droit à l'image, il vous est demandé de ne pas rendre public des photographies ou vidéos sans accord des personnes intéressées. (article 9 du code civil)
- La présence des visiteurs n'est pas autorisée dans les étages de l'établissement. Des salons et une cafétéria sont à leur disposition.
- Il est demandé aux patientes de regagner leur chambre personnelle à 23h au plus tard.
- Après les quinze jours d'évaluation, la signature de l'engagement de soin validera la durée de séjour et cela implique:
 - La participation aux activités thérapeutiques.
 - À ne pas consommer ni introduire d'alcool, de stupéfiant ni tout autre produit psychotrope hors prescription par les médecins du centre.
 - Le respect du règlement intérieur
- Le séjour peut être remis en cause en cas de :
 - Violence verbale et/ou physique
 - Sortie de l'enceinte du centre sans autorisation signée
 - Consommation de tabac à l'intérieur de tous les locaux du centre
(Loi du 10 janvier 1991 : un lieu extérieur est aménagé pour l'usage du tabac)
 - Usage de la cigarette électronique à l'intérieur de l'établissement
 - Refus d'un test de consommation
 - Introduction et/ou partage des produits non autorisés

LA PATIENTE

La Direction

PERSONNE DE CONFIANCE

IMPORTANT : en application de la loi n°2002/303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article **L 1111-6**, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

- **Je soussigné (e),**

NOM :

PRENOM(S) :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

Je reconnais avoir été informé (e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour et

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je souhaite désigner comme personne de confiance :

Monsieur Madame Mademoiselle

NOM marital :NOM de jeune fille :

PRENOM(S) :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE :

E.MAIL :

- Cette personne de confiance, légalement capable, est :
 Un parent/un proche Mon médecin traitant

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans mes démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : OUI NON

**J'ai été informé (e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.
Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en
informer l'établissement par écrit.**

Fait à le/...../.....

Signature du patient :

Cadre réservé à la personne de confiance :

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à le //.....

Signature :