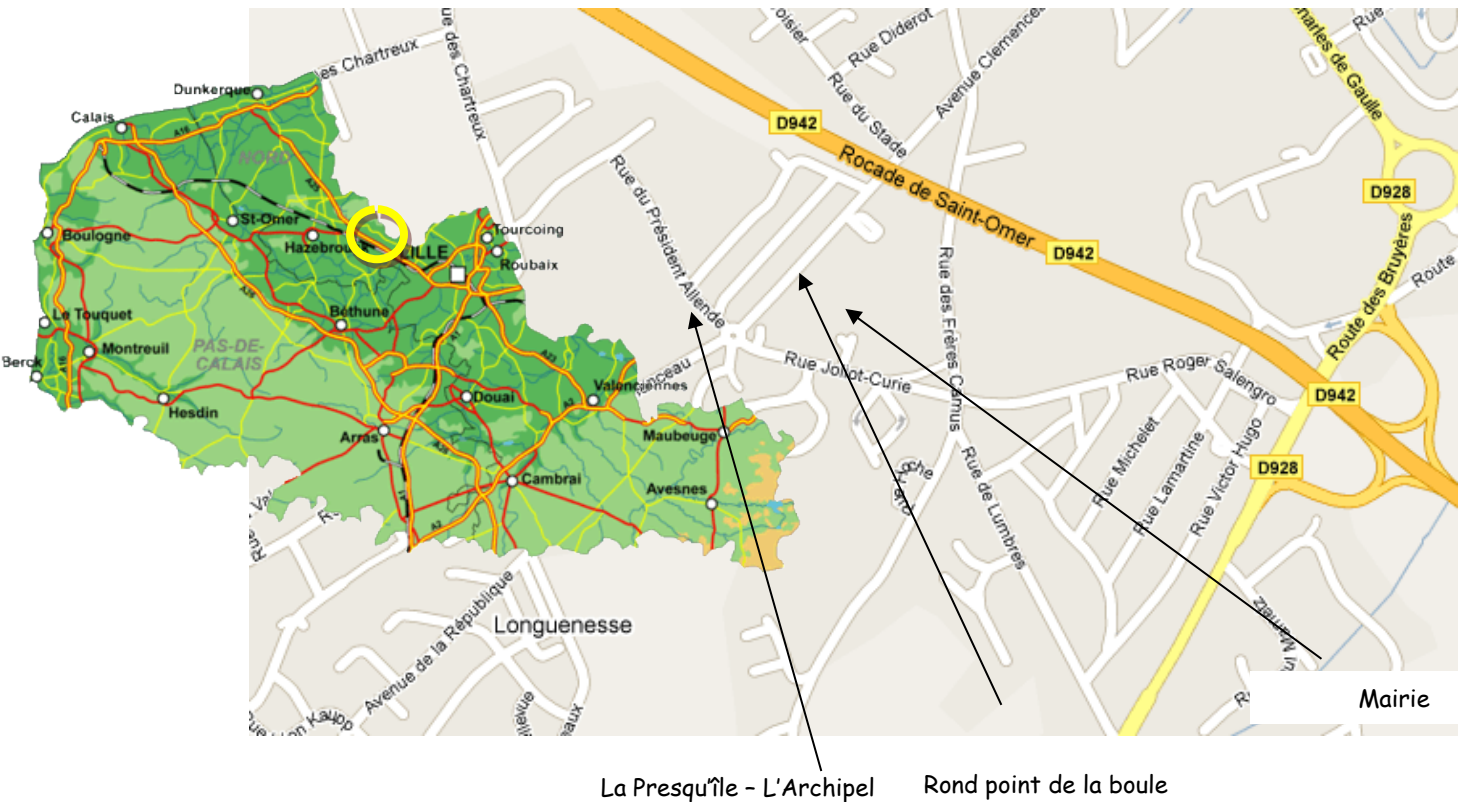




Centre Croix Bleue
« La Presqu'île - l'Archipel »
1 rue Président Allende
62219 Longuenesse
Téléphone : 03-21-98-99-50
Télécopie : 03-21-98-99-57
E-mail : info@lapresquile-larchipel.fr
Site Internet : www.lapresquile-larchipel.fr





La Presqu'île - L'Archipel Rond point de la boule

La ville de Longuenesse est limitrophe à la ville de Saint-Omer, Sous-préfecture du Pas de Calais. Saint-Omer est desservie par la SNCF. Si vous arrivez par le train, nous allons vous accueillir à la gare.

ITINERAIRE

Si vous arrivez par l'A26 (Paris) :

- Prendre la sortie « St Omer, Le Touquet, Desvres »
- Trois ronds points se succèdent: prendre direction St Omer
- Sur la rocade : sortir à Longuenesse
- Au feu, prendre à gauche, direction « Le Touquet, Berck » par la D928
- Au 1^{er} feu, tout droit
- Au 2^{ème} feu, prendre à droite direction « Centre Ville » par la D208
- Au feu, tout droit direction « Mairie de Longuenesse »
- Au grand rond point de la boule de Longuenesse, prendre en face direction « Stade des Chartreux », rue du Président Allende
- Sur la gauche vous avez la propriété du centre Croix Bleue « la Presqu'île-l'Archipel »

Si vous arrivez par l'A25 (Lille) :

- Prendre la sortie « Hazebrouck »
- Aux ronds points suivants, suivre toujours la direction de St Omer
- Sur la rocade : sortir à Longuenesse
-



...pour retrouver du sens à la vie.

Dans tous les autres cas de figures, vos repères sont :

- Centre ville de Longuenesse
- Hôtel de ville de Longuenesse
- Stade des Chartreux
- En cas de problèmes, téléphonez au 03.21.98.99.50

VOTRE SEJOUR de 91 jours

Règlement de fonctionnement

Un contrat de 91 jours - 3 mois - 3 étapes.

Un programme progressif pour l'aide à la personne dépendante.

Le sevrage de la personne est une condition préalable à son engagement thérapeutique.

Dans le cadre de la vie collective, l'objectif est que vous puissiez trouver et/ou retrouver des repères dans l'implication d'une vie quotidienne équilibrée, ainsi qu'une resocialisation.

Au cours du premier mois :

Dès votre entrée, vous aurez la possibilité de téléphoner 20 minutes par jour jusqu'à la signature du « Ok contrat ». Nous vous conseillons de communiquer avec votre entourage par écrit (courrier) pendant ces 15 premiers jours. A partir du « Ok contrat » (fin de 2^{ème} semaine d'activités thérapeutiques), l'accès à votre téléphone est « illimité » de 16h30 à 22h. Les téléphones seront à éteindre pendant les repas et à rendre au bureau accompagnant à 22h.

L'utilisation des ordinateurs et tablettes est autorisé dès la signature du « Ok contrat » uniquement en chambre selon le protocole, aux mêmes horaires que ceux définis pour l'utilisation du téléphone.

Dans le cadre de ce premier mois, les quinze premiers jours constituent une période d'essai et d'adaptation. A l'issue de celle-ci, vous confirmez ou non votre adhésion au contrat thérapeutique.

L'équipe se réserve aussi le droit de ne pas donner une suite favorable à votre demande de poursuivre ce séjour. Elle peut décider de reporter le « OK contrat » à une date ultérieure.

Les sorties et visites sont autorisées à partir de la 3^{ème} semaine, le samedi et le dimanche de 9h à 18h.

Deuxième et troisième mois :

Le passage du premier mois au deuxième mois, ainsi que le passage du deuxième mois au troisième mois, sont des moments de ponctuations dans le parcours de votre séjour. Ces moments de transition vont entraîner des changements dans votre projet thérapeutique. Si le premier mois est un temps de retour sur soi, le deuxième et le troisième s'orientent plus sur la réalité extérieure ainsi que sur le projet de sortie.

En fonction du projet et d'une progression individuelle, d'autres sorties, démarches, et retours à domicile pour préparer la sortie définitive seront envisagées selon les constats faits et les objectifs visés au fur et à mesure du parcours.

Informations générales :

Une équipe pluridisciplinaire accompagnera chacun(e) en groupe et individuellement tout au long du séjour.

La durée de séjour au centre est de 91 jours, tout manquement au contrat peut entraîner une rupture immédiate de ce séjour.

Une réalcoolisation pendant le séjour entraîne une suspension de contrat. Un entretien permettra alors d'envisager la poursuite ou non de votre séjour.

Dans la situation de réalcoolisation, et en cas de doute, vous acceptez les moyens de contrôle utilisés par les personnels du Centre de soins.

La prise de psychotropes ne peut avoir lieu que dans le cadre d'une prescription médicale.

L'introduction d'alcool ou de produits illicites sur site entraîne une rupture de contrat immédiate.

VOTRE SEJOUR de 45 Jours

Personnalisation du séjour à partir de l'évaluation de la demande du patient

Critères d'inclusion :

- Personne sevrée
- Personne insérée socialement : sur le plan personnel (relations familiales, amicales, professionnelles, de voisinage,...) et/ou le plan professionnel (en arrêt maladie pour les soins en cours avec reprise de l'emploi à l'arrêt des soins) et/ou le plan administratif (démarches Sociales à jour : sécurité sociale, mutuelle, ...)
- Personne ayant un logement
- Personne motivée et déterminée à consolider l'abstinence totale et définitive

Critères d'exclusion :

- Personne socialement exclue (plans personnel, professionnel, et administratif)
- Personne recherchant une solution d'hébergement

Mise en place du projet :

- Inclusion dans les activités thérapeutiques dès l'entrée du patient
- Signature du « OK contrat » à J10
- 1er weekend : sortie à la journée
- A partir du 2ème weekend : départ le samedi matin, retour le dimanche soir
- Mise en place du Retour A la Réalité (RAR) de 5 jours au bout de 3 semaines de soin

Règles, usages et points pratiques pour votre séjour (à conserver avec vous)

Accueil :

Une « boîte à outils », contenant toutes les informations dont vous pouvez avoir besoin, vous sera remise à votre entrée.

Par mesure de protection, nous déposerons tous les médicaments, produits de beauté alcoolisés (laque, lotion, dissolvant, eau de toilette ...) et tout autre produit toxique à l'infirmerie. Nous vous conseillons donc d'emporter des produits de soins non alcoolisés. De même, les produits frais ne sont pas autorisés.

L'infirmière qui vous accueillera procédera à l'inventaire de vos effets en votre présence.

Nous vous conseillons d'emporter des produits de soins non alcoolisés.

Vêtements et accessoires :

Nous vous conseillons des vêtements souples et faciles d'entretien.

- Prendre :
- serviettes et gants de toilette
 - maillot de bain et bonnet de bain
 - jogging
 - chaussures de marche
 - montre et réveil
 - chaussures pour la salle de sport
 - stylo/cahier

Ne pas emporter d'objet de valeur

Si vous arrivez avec votre véhicule personnel vous vous engagez à respecter le protocole relatif à l'usage du véhicule personnel.

Depuis le 1^{er} février 2007, il est interdit de fumer dans les établissements de santé (Décret 2006-1386 du 15 novembre 2006). Le tabac sera toléré à l'extérieur à un endroit précisé lors de votre entrée de 6h à 23 h.

Laverie :

Une laverie avec lave-linge, sèche-linge sont à votre disposition (contre participation) ainsi qu'un fer à repasser.

Emportez s'il vous plaît de la lessive liquide.

Bar:

Selon les horaires d'ouvertures prévues par le règlement.

Temps libre, loisirs :

L'établissement est situé dans un parc arboré propice au calme et à la détente.

Des salons télévisions, des bibliothèques et des revues ainsi que des jeux de société sont à votre disposition

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(à remplir par vous même)

Séjour souhaité : 45 jours 91 jours

Votre identité :

Nom Usuel : Nom de jeune fille :

Prénom : Date et lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° Téléphone :

Votre situation personnelle :

Célibataire marié(e) vie maritale

Divorcé(e) veuf(ve) séparé(e)

En instance de divorce pacsé(e)

Votre logement :

Propriétaire Locataire Sans Domicile fixe

Dans la famille Chez des amis En foyer

Type de logement (ex. : T2,...) :

Votre mode de vie :

Vivez-vous : seul(e) avec votre conjoint(e)

chez quelqu'un en foyer

Autre : à préciser : Depuis quand ?

Climat dans vos relations avec votre entourage :

Fréquence des contacts avec celui-ci.....

Votre conjoint(e) :

Âge : Situation professionnelle :

Avez-vous des enfants ? oui non

Combien à charge ?..... Plus à charge ?.....

Prénom :	Age :	Précisez l'adresse durant le séjour (si elle est différente de la votre)

S'ils sont suivis par un service éducatif, notez les coordonnées de l'éducateur (trice), ou de l'assistante sociale qui suit les enfants, s'ils sont placés pendant votre séjour.

Votre situation socioprofessionnelle :

* Travaillez-vous actuellement ? oui non

Si oui, quel est votre emploi ?

Votre employeur ?

Etes-vous en arrêt maladie ? oui non Depuis quand ?

* Autre situation : au chômage retraité(e) invalidité
 Bénéficiaire du RSA autre à préciser :

* Si vous ne travaillez plus :

Aviez-vous une profession ? oui non

Si oui laquelle ?

Quel est votre niveau d'études ?

Avez-vous suivi d'autres formations ?

* Ressources pendant votre séjour :

Maintien du salaire Indemnités journalières Pension invalidité

Allocations Pension alimentaire R. S.A. *

*Préciser les coordonnées du référent RSA (nom et téléphone) :.....

Autre à préciser :

Votre projet de sortie

Retrouverez-vous les mêmes conditions de vie familiale ? oui non

Retrouverez-vous le même logement ? oui non

Si non, avez-vous un projet ? Lequel ?

Qui s'en occupe ?

Etes-vous suivi(e) et par qui ?

Par un service d'alcoologie ? oui non

Si oui lequel ?

Depuis quand ?

Par un mouvement associatif (anciens buveurs) ?

oui

non

Si oui, lequel ?

Depuis quand ?

Par un service de tutelle ?

oui

non

Si oui, lequel ?

Depuis quand ?

Par d'autres services (social, médical, ou psychologique) ?

oui

non

Si oui, lesquels ?

Depuis quand ?

Dans votre entourage proche, quelle est la personne à prévenir en cas d'urgence, pendant votre séjour?

Nom :Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :Lien de parenté :

Date :

Si quelqu'un le remplit pour vous, à lui d'indiquer :

Nom, Prénom :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

Signature :

Engagement d'hébergement

Je, soussigné Mme, M. _____, représentant de
l'établissement _____,

demeurant au / dont l'adresse de l'établissement est :

m'engage à reprendre chez moi ou au sein de mon établissement :

Mme, M. _____

à sa sortie ou en cas de rupture de contrat du centre :

Clinique de soins de suite et de réadaptation

La Presqu'île L'Archipel

1 rue du président Allendé

62 219 Longuenesse

Fait à _____, le _____

(signature)

(cachet dans le cas d'un établissement)



...pour retrouver du sens à la vie.

REMETTEZ CE DOCUMENT A VOTRE MEDECIN

DOCTEUR,

Votre Patient(e) souhaite s'engager pour un séjour dans notre établissement. Merci de soutenir sa démarche en remplissant cette fiche de renseignements médicaux qu'il (elle) va nous renvoyer et en établissant un certificat médical à l'intention du médecin-conseil justifiant le séjour. Il (elle) le déposera auprès de sa caisse qui délivrera l'entente préalable à la prise en charge du séjour.

Merci,

Bien sincèrement

Clinique de soins de suite et de réadaptation

La Presqu'île-L'Archipel

1, rue du président Allende

62219 LONGUENESSE

03.21.98.99.50

Fax : 03.21.98.99.57

directionpia@gmail.com

www.lapresquile-larchipel.fr

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

à faire compléter impérativement par un Médecin et à retourner
sous pli fermé à l'intention du Médecin de l'Etablissement

NOM :

Prénom :

Age :

A. Indication de postcure posée par :

Etablissement de Santé :

Adresse :

Tél. :

Fax :

e-mail :

Motif de l'hospitalisation actuelle :

Ou Médecin :

Nom :

Adresse :

Tél. :

Fax :

e-mail :

B. Nom et adresse du médecin traitant :

C. Histoire de l'exogénose :

- Conditions de début :

- Durée -mode :

- Dépendance :
- Cures ou sevrages antérieures (dates et lieux) :
- Antécédents familiaux :
- Postcures antérieures (dates et lieux) :
- Comment le malade est-il venu à envisager cette démarche de soins ?

D. Climat des relations familiales :

E. Antécédents :

- Antécédents familiaux :
- Allergies :
- Médicaux :
- Chirurgicaux :

- Traumatismes :
- Médico-légaux :
- Autres addictions (toxicomanie, tabagisme...) :
- Psychiatriques (psychose, névrose, autres) :

F. Bilan clinique actuel :

1. Equilibre staturo-pondéral :

Taille	IMC	Poids
--------	-----	-------

2. Troubles métaboliques, pneumologiques, hépatiques, viscéraux et cliniques :

3. Troubles cardio-vasculaires :

4. Examen neurologique (épilepsie et autres manifestations encéphalopathiques ou périphériques)

5. Etat psychopathologique et comportemental actuel :

- Compte-rendu des hospitalisations précédentes :

H. Statut vaccinal :

- BCG : date du vaccin

- Vaccination antitétanique à jour oui non
Si oui, date de vaccination

I. Le patient a t'il présenté une infection à caractère nosocomiale durant son séjour ? Si oui, précisez.

J. Traitement en cours :

K. Date d'admission souhaitée :

Date :

Signature et adresse lisible
Cachet du médecin et coordonnées téléphoniques

ENGAGEMENT DE PRISE EN CHARGE

MUTUELLE : (cachet)

ADHERENT :

Nom - Prénom :

N° S. S. :

N° de contrat :

PERSONNE CONCERNEE PAR LE SEJOUR :

Nom - Prénom :

Adresse :

Date d'entrée :

PRISE EN CHARGE CONCERNANT :

Un séjour de **91 jours** au Centre de Soins de Suite et de Réadaptation :

« La Presqu'île - l'Archipel »

1 rue du président Allende

62219 Longuenesse

Tél. : 03-21-98-99-50

Fax. : 03-21-98-99-57

Discipline 214 - Alcoologie N° Finess : 620000596

- S'engage à prendre en charge le **forfait journalier hospitalier selon le tarif en vigueur**
 - Pour toute la durée du séjour
 - Pour jours

- S'engage à prendre en charge le **ticket modérateur résiduel** (voir le montant de celui-ci auprès du Service des Admissions)
 - Pour toute la durée du séjour
 - Pourjours

- S'engage à prendre en charge le paiement de la chambre individuelle : 45€.

- Refuse la prise en charge, motif de ce refus :

Fait à, le

Nom du signataire

A l'intention de votre mutuelle :

Remplissez ce cadre :

Nom :
Nom de jeune fille :
Adresse :
.....
N° de Sécurité Sociale :
N° Adhérent mutuelle :

Madame, Monsieur,

Votre adhérent(e) a fait une demande de séjour dans notre établissement.

Nous vous demandons de bien vouloir remplir le document ci-joint, afin de connaître votre engagement de paiement et de lui remettre afin qu'elle (il) puisse le joindre à son dossier de pré-admission.

Merci.

Clinique de soins de suite et de réadaptation en Alcoologie

La Presqu'île-l'Archipel

1, rue du président Allende

62 219 LONGUENESSE

Tél. : 03-21-98-99-50

Fax : 03-21-98-99-57

E-Mail : info@lapresquile-larchipel.fr

Pour ne rien oublier

Vous devez nous renvoyer au plus vite :

- Í La fiche de renseignements 3 volets
- Í La fiche de renseignements médicaux remplie par votre médecin et remise sous pli confidentiel
- Í Une lettre de motivation sous pli fermé
- Í La photocopie de votre carte d'identité
- Í La photocopie de votre attestation de sécurité sociale (avec vos droits ouverts)
- Í La photocopie de votre carte mutuelle
- Í La photocopie de l'ordonnance du jugement de protection, si vous êtes sous curatelle ou sous tutelle.
- Í L'engagement d'hébergement rempli par une personne de votre entourage ou l'établissement dont vous êtes issu, si vous ne disposez pas d'un logement qui vous est propre

Vous devez adresser à votre mutuelle :

- Í La demande de prise en charge rédigée par votre médecin traitant

Vous gardez le contrat thérapeutique

Si vous avez besoin d'être aidé dans vos démarches, appelez au secrétariat 03.21.98.99.50.



...pour retrouver du sens à la vie.

Notre Etablissement dont la création est une initiative de la Société Française de la Croix Bleue, est administré par cet organisme.

La Presqu'île a une capacité de 24 lits pour femmes et est ouvert depuis 1976. L'Archipel a une capacité de 16 lits pour hommes et est ouvert depuis 2009.

Les établissements de la Croix Bleue sont agréés par la Sécurité Sociale et participe à l'exécution du service public hospitalier.

La Croix Bleue gère d'autres Centres de Soins de Suite et de Réadaptation (postcure) pour hommes.

Centre « VIRAC »
07 150 LABASTIDE DE VIRAC
Tél. : 04 75 38 60 05

La Croix Bleue, c'est aussi des membres bénévoles implantés localement dans toute la France.

S'adresser au siège : Société Française de la Croix Bleue
189, rue Belliard
75018 PARIS
Tél. : 01-42-28-37-37
Fax : 01-42-28-88-18
E-Mail : cbleue@club-internet.fr
Site : <http://www.croixbleue.fr>.