

**DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION**  
**C.A.L.M.E. 28120 ILLIERS COMBRAY (02.37.91.63.33)**

**- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**NOM :** Prénoms :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

*Faire remplir toutes les rubriques par votre médecin traitant, le Dr : .....*

*Cher confrère, chère consoeur,*

*Afin d'optimiser la pertinence de la cure et d'en réduire les risques, il est important de disposer d'informations préalables les plus précises possibles.*

*Ce type de cure nécessite donc, outre un minimum de motivation, que la dégradation somatique et/ou cognitive ne compromette pas la prise en charge, et qu'une fragilité psychique ne dégénère pas en décompensation psychotique.*

*Nous vous remercions de votre aide.*

*Les médecins du C.A.L.M.E.*

**Depuis quand suivez-vous le patient ?**

**Etes-vous le médecin traitant déclaré**

Oui  Non

**Pièces importantes à joindre au Dossier :**

- comptes rendus hospitaliers antérieurs

- Bilan biologique récent :

NFS, VS, plaquettes, transaminases, bilirubine, TP, albumine, iono, créatinine, clearance calculée, glycémie à jeun

- Copie dernière ordonnance (important)

**ANTECEDENTS ADDICTOLOGIQUES :**

- antécédent(s) de cure(s) ou sevrage(s)  non  oui  au CALME de CABRIS  
 au CALME d'ILLIERS  
 ailleurs :

- prise(s) en charge ambulatoire(s) antérieure(s)  oui  non

- alcoolo-dépendance  oui  non

**Autres consommations en cours :**

- CANNABIS  occasionnel  régulier

- HEROINE  occasionnel  régulier

- COCAINE  occasionnel  régulier

- AUTRES  occasionnel  régulier

- MESUSAGE DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES  Oui  Non

Traitements de substitution :  Oui  Non

SUBUTEX  METHADONE  AUTRES

Addictions sans produit :  Oui  Non Laquelle :

- accidents de sevrage : - épilepsie :  oui  non  
- delirium tremens :  oui  non

### ANTECEDENTS SOMATIQUES MEDICAUX :

- traumatismes crâniens :

- pathologie digestive : - hépatique :  stéatose

hépatite alcoolique

cirrhose  décompensation  TP =

HTP

- pancréatique :

- gastrique :

- pathologie neurologique :

- pathologie cardiovasculaire :

- Allergies :

- autres :

Sérologie	Résultat : + / - / ?	Date de l'examen
VHC		
VIH		
VHB		

Traitement VIH ou VHC (nom ; posologie ; durée du traitement) :

## **SUIVI PSYCHIATRIQUE OU PSYCHOLOGIQUE :**

*Faire remplir par votre psychiatre si vous en avez un, sinon par votre médecin généraliste*

**Nom et coordonnées du psychiatre :**

**- Hospitalisations :**

**- Troubles cognitifs :**

**- Décompensation (quel type ?):**

**- Tentatives de Suicide :**

**- Une pathologie psychiatrique est-elle prévalante à l'alcoolisme ?**

**- La psychothérapie de groupe est-elle une contre-indication au vu de la structure psychique ?**  
(risque de décompensation)     Oui     Non

**- Autres antécédents psychiatriques :**

## **TRAITEMENTS PSYCHOTROPES**

(merci d'indiquer le nom – posologie – durée du traitement - indication)

## **TRAITEMENTS MEDICAUX**

(Merci d'indiquer la posologie et le dosage)

## AUTONOMIE DU PATIENT

GRILLE DE DEPENDANCE	SCORE mettre une croix dans la case	1 indépendance complète	2 supervision arrangement	3 assistance partielle	4 assistance totale
<b>TOILETTE</b> inclut hygiène personnelle, soins, apparence					
<b>HABILLAGE</b> inclut l'habillement du haut et du bas du corps					
<b>DEPLACEMENTS</b> (locomotion)					
<b>ALIMENTATION</b>					
<b>CONTINENCE</b> inclut la continence vésicale et intestinale					
<b>COMPORTEMENT</b> interaction sociale					
<b>RELATION</b> inclut la compréhension et l'expression					

**Le patient fait-il l'objet d'une injonction de soins ? (judiciaire – familiale – employeur)**

**Cachet du médecin :**

**Numéro de tél. :**

**Numéro de fax :**

**Adresse e-mail**

:

**Date :**



N ° Dossier

**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.

### *Fiche de désignation de la personne de confiance*

Je soussigné(e),

NOM marital : .....NOM de jeune fille : .....

PRENOM(S) : .....

DATE et LIEU NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

TELEPHONE(S) : .....

FAX/E.MAIL : .....

Admis(e) au sein du CALME pour une hospitalisation prévue ..... pour 29 jours.

**Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance :**

Je reconnais avoir été informée de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, **je m'engage à en informer par écrit l'établissement**, en remplissant la fiche de désignation.

**Je souhaite désigner comme *personne de confiance* :**

Monsieur       Madame       Mademoiselle

NOM marital : .....NOM de jeune fille : .....

PRENOM(S) : .....

DATE et LIEU NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

TELEPHONE(S) : .....

FAX/E.MAIL : .....

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

un proche       un parent       mon médecin traitant

(lien de parenté.....)

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les 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 par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de révocation. (changement de désignation)

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



N° Dossier

**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.

**Désignation de la personne de confiance – si Changement de désignation**

Cette fiche annule et remplace la précédente fiche datée du .....

Je soussigné(e),

NOM marital : .....NOM de jeune fille : .....

PRENOM(S) : .....

DATE et LIEU NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

TELEPHONE(S) : .....

FAX/E.MAIL : .....

Admis(e) au sein du CALME pour une hospitalisation prévue ..... pour 29 jours.

- Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée dans la précédente fiche, sans en désigner de nouvelle.**
- Je souhaite désigner une personne de confiance** (soit en l'absence de première désignation, soit en lieu et place de la personne désignée dans la précédente fiche) :

Monsieur       Madame       Mademoiselle

NOM marital : .....NOM de jeune fille : .....

PRENOM(S) : .....

DATE et LIEU NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

TELEPHONE(S) : .....

FAX/E.MAIL : .....

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

un proche       un parent       mon médecin traitant

(lien de parenté.....)

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les 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 par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de révocation.

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



## FICHE DE PRE-INSCRIPTION

DATE D'ENTREE :

PLACE PREVUE A ILLIERS-COMBRAY

CORRESPONDANT:

### PATIENT

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Tel :

Date de naissance :

Lieu :

Avez-vous déjà fait une cure au Calme ?      à Illiers       à Cabris

Profession :

Chômage : Oui  Non

R.S.A : Oui  Non

Situation de famille :  Célibataire     Marié     Divorcé  
 Concubinage     Séparé     Veuf

**Nom, n° de tél et lien de la personne à prévenir en cas d'accident :**

### SECURITE SOCIALE

N° de Sécurité Sociale :

100 %

oui

non

si oui, ALD : .....

Adresse du Centre de Sécurité Sociale :

**Joindre impérativement la copie de l'attestation sécurité sociale**

Tournez SVP



**ASSURE(E)** si différent du malade :

Nom : Prénom :

Adresse :

N° de Sécurité Sociale :

**MUTUELLE** ou **CMU**

Nom :

Adresse :

La demande de l'accord auprès de votre mutuelle est effectuée par nos soins pour cela : **joindre impérativement la copie recto-verso de la carte Mutuelle ou CMU**

**Chèque de caution de 848.22 € demandé avant l'entrée.**

**PATIENT SANS MUTUELLE**

- **Chèque de caution demandé avant l'entrée (20 %) : 848.22 Euros**  
**Possibilité d'échéancier à l'admission**  
**Nous contacter pour vous aider dans vos démarches.**

**Quelques conseils utiles**

✓ Nous vous conseillons vivement de ne pas apporter d'appareil afin d'éviter tout risque de perte.

✓ N'hésitez pas à nous demander toutes informations complémentaires (en dehors du vendredi matin pour plus de disponibilité).





**Courrier à conserver  
Voir au verso**

**ILLIERS-COMBRAY**

Médecins généralistes

Dr Denis BRISGAND  
Dr Jean Christophe FABRE  
Dr Carlos PEREIRA

Pharmacienne

Laurence SAVIANE

Psychologues–Psychothérapeutes

Michèle AMORFINI  
Giovanni GALANTI  
Laurent LEDEUX  
Virginie QUENTIN

Responsable Qualité

Isabelle LE HOUEROU

Illiers-Combray, le

Madame, Monsieur,

**Vous souhaitez entrer au C.A.L.M.E. à ILLIERS.**

Pour cela, il y a quelques démarches administratives à accomplir :

**VOTRE MEDECIN TRAITANT** : lui demander de vous remplir

- Une Demande d'Accord Préalable - Réf 619.1.86 (document vert et blanc ci-joint)**  
- à expédier à **votre caisse de sécurité sociale habituelle**  
(l'accord nous parviendra directement pendant le séjour).
- Fiche des renseignements médicaux
- Prescription Bilan Sanguin et ordonnances

**A NOUS RETOURNER (sans attendre l'accord de la sécurité sociale)**

- Fiche de Pré-inscription
- Photocopie carte mutuelle ou CMU (**sans mutuelle : nous contacter**)
- Photocopie Attestation ouverture des droits à la Sécurité Sociale
- Photocopie carte d'identité
- La Fiche de désignation de la personne de confiance dûment remplie et signée.
- Fiche des renseignements médicaux (remplie par votre médecin traitant)**  
**Joindre impérativement les prises de sang**, (résultats à nous transmettre par fax au 02.37.91.63.34).  
Joindre les comptes rendus suite à des hospitalisations, échographies, radiographies en votre possession.
- Un chèque de caution de 848.22 € à l'ordre du CALME (caution pour les 20 %, rendue lorsque le dossier sera soldé)

**DOSSIER A NOUS RETOURNER IMPERATIVEMENT AVANT L'ADMISSION  
POUR VALIDATION MEDICALE**

**Pour confirmer votre inscription, nous vous demandons de nous appeler au 02.37.91.63.33.  
→ de 9 h à 12 h tous les VENDREDIS matin (demander Lydie)**

Dans cette attente, et vous en remerciant à l'avance,  
Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

**Vous pouvez prévoir :**

- Linge de toilette
- Produits de toilette sans alcool (garder les emballages)
- Lessive à la main (genre Génie sans bouillir) pour laver vos sous-vêtements
- Enveloppes timbrées
- Café soluble, Thé....
- Cigarettes (au cas où)
- Radio réveil ou poste de radio
- Chaussures de marche ou baskets pour les sorties au village
- Petite serviette de toilette ou autre pour les séances de relaxation
- Serviette de table