



INFORMATIONS IMPORTANTES **A LIRE ATTENTIVEMENT**

I. AVANT LA CURE

La Clinique LE CALME est un établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR) spécialisé dans la prise en charge des conduites addictives.

Nous prenons en charge les addictions aux produits psychoactifs (alcool, drogues, médicaments) et les addictions comportementales (jeu, sucre, travail, achat compulsif, etc.)

Si vous habitez proche de la Clinique, nous vous demandons de venir assister à une réunion générale, qui a lieu **tous les jeudis à 14h30** afin de prendre connaissance du type de prise en charge proposé par l'établissement.

A défaut, nous vous demandons de prendre connaissance du **livret d'accueil de l'établissement, disponible sur notre site internet (www.calme.fr)**.

Par la suite, toute personne désireuse d'engager un travail personnel dans le but d'arrêter la consommation de produit psychotrope est la bienvenue à demander un dossier de pré-inscription.

Afin que votre séjour se déroule dans les meilleures conditions, il est nécessaire de nous envoyer rapidement ce dossier de pré-inscription **complet** (voir liste des pièces justificatives p3).

Pour la partie médicale, si vous êtes également suivi(e) par un psychiatre, merci de lui faire remplir les rubriques qui le concernent, et nous indiquer ses coordonnées (p4 du dossier).

Si vous souhaitez prolonger votre prise en charge dans un autre établissement, penser à réaliser vos demandes d'admission avant votre entrée à la Clinique Le CALME.

II. LA CURE COMPLETE

L'objectif fondamental de la cure à la Clinique Le CALME est de retrouver un meilleur équilibre de vie.

Se libérer des conduites addictives est un moyen (et non une fin en soi) de mener une vie plus satisfaisante.

La durée standard de la cure est de 36 jours. Pensez à organiser votre transport aller et retour : entrée le mardi impérativement avant 12h et la sortie 36 jours après le mardi à partir de 13h30.

La cure débute par un sevrage si besoin (facilité par la prise en charge médicamenteuse) de l'ensemble des produits psychoactifs.

Ensuite, plusieurs outils thérapeutiques sont mis en œuvre pour vous accompagner :

- La thérapie institutionnelle : cadre, mode de fonctionnement, réunions, favorisant la maturation de la personne.
- Les séances d'information **en groupe** : connaissance des mécanismes de la dépendance, conduites à tenir, etc.
- La relaxation (exercices de maîtrise psychosomatique) **en groupe** : apprentissage du bien-être et de la maîtrise des situations anxiogènes.
- La **psychothérapie de groupe**.

Toutes les séances sont obligatoires.

NB : pour des raisons thérapeutiques qui sont expliquées à la réunion générale chaque jeudi, **nous ne proposons pas de chambre individuelle. Toutes nos chambres sont doubles et sans télévision.**



III. LE COURT SEJOUR

L'établissement propose, outre la cure, la possibilité de faire de court séjour de **2 ou 3 semaines**, au cours duquel une phase de sevrage est possible, avec un **programme thérapeutique adapté**, composé de séances d'information et de séance de relaxation. Eventuellement, après étude au cas par cas, vous pourrez participer à des groupes de paroles.

Ce séjour peut correspondre aux patients qui veulent **consolider un sevrage hospitalier** ou ambulatoire ou qui n'ont **pas la possibilité de réaliser une cure de 5 semaines** et souhaitent une cure courte.

Ce type de séjour dispose d'une procédure d'admission différente par rapport à une cure classique, aussi il est nécessaire **de remplir 2 conditions pour l'admission** en court séjour :

- Résider en région PACA
- Assister à une réunion générale en amont de l'admission (le jeudi à 14h30)

Le contrat d'efficacité thérapeutique présenté ci-dessous s'applique de la même manière que pour tous les autres pensionnaires, mise à part que les **sorties ne seront pas autorisées durant le séjour**. Les visites le seront uniquement le jeudi de 13h30 à 17h45.

Les particularités de la cure détaillées dans le point V. sont également applicables aux courts séjours.

IV. LE CONTRAT D'EFFICACITE THERAPEUTIQUE

Le Contrat d'Efficacité Thérapeutique de la Clinique Le Calme est une **convention que nous passons avec vous**. L'objectif de ce contrat est de créer les **conditions nécessaires au bon déroulement de votre cure**, et ainsi d'éviter une reconsommation.

Le contrat que nous passons avec vous ne comporte que trois engagements, mais ils sont formels :

- Ne pas **consommer, stocker, vendre ou acheter de produit psychotrope** (alcool, médicament, drogue et CBD) ;
- Respecter **l'organisation des sorties** : pas avant le 25ème jour, à pied, dans un périmètre déterminé, en groupe d'au moins 3 pensionnaires qui ne se quittent pas (à portée de voix) – **sauf pour les courts séjours, sorties non autorisées** –
- Ne pas avoir de **relation amoureuse** avec un(e) autre pensionnaire ou un membre de l'équipe.

Chaque jeudi, lors de notre réunion institutionnelle, nous rappelons à chacun les objectifs de la cure et le programme thérapeutique.

Nous prendrons le temps de vous expliquer pourquoi le non-respect de l'un de ces trois engagements entraînerait le **départ immédiat** de la personne concernée, sous son entière responsabilité.

V. PARTICULARITES DE L'ETABLISSEMENT

Vous aurez la possibilité de conserver votre **téléphone portable** à votre arrivée sous certaines conditions : il sera mis sur **silencieux** à l'arrivée et ce, durant tout le séjour. Toutefois, nous vous incitons à ne pas vous laisser trop envahir par l'usage des portables, des ordinateurs, des lecteurs de musique, etc.

Il est interdit de faire usage du téléphone pendant l'ensemble des séances thérapeutiques et pendant tous les repas.

Les chambres étant communes et afin de respecter le repos de chacun, y compris en journée, nous vous demandons de **ne pas téléphoner à l'intérieur du bâtiment**.

Les visites sont strictement limitées au jeudi après-midi (de 13h30 à 17h45) ; la réunion générale étant le seul moment propice à l'ouverture sur l'extérieur, les visiteurs peuvent y participer, mais ne peuvent en dispenser un pensionnaire (**réunion obligatoire pour tous les patients chaque jeudi**).



Il vous faudra prévoir dans vos affaires :

- Un peu d'argent pour votre vie quotidienne ;
- Du linge de toilette (**prévoir aussi un drap de bain** pour les séances de relaxation) ;
- Des produits de toilette sans alcool ;
- Des chaussures confortables pour vos sorties dans les proches alentours de l'établissement ;
- Des bouchons d'oreilles ;
- Du café soluble si vous buvez du café ;
- Une tasse ;
- Une gourde ;
- Des paquets de cigarette si vous fumez.

Concernant le linge, une machine à laver et un sèche-linge sont disponibles, sur un fonctionnement à jeton (5€) pour un cycle complet, lessive comprise.

Pour plus d'information, nous vous invitons à prendre connaissance
du livret d'accueil de l'établissement, disponible sur notre site.

**MEME SI VOUS N'ETES PAS ENCORE SEVRE, MERCI DE NE PAS VOUS PRESENTER LE JOUR DE
L'ADMISSION SOUS UNE FORTE EMPRISE DE PRODUITS (ALCOOL, DROGUES, ETC).
CETTE SITUATION POURRAIT NOUS AMENER A REFUSER VOTRE ADMISSION.**

Lors de votre entrée à la Clinique : apportez votre **CARTE VITALE**, votre **CARTE MUTUELLE**, et votre
CARTE D'IDENTITE (ou passeport ou titre de séjour)

Vous souhaitez déposer un dossier d'admission pour :

☐ **Une cure complète**
5 semaines
+ d'info cf. II

☐ **Un court séjour**
2/3 semaines
+ d'info cf. III



DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION HOSPITALISATION COMPLETE

L'accueil téléphonique est à votre disposition pour toute question sur la constitution de votre dossier, du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h30 à 17h

Madame, Monsieur,

Merci d'envoyer le présent **dossier complet** en **1 seul envoi** avec les documents suivants :

- ☐ Fiche de **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS** (p.5 à 8)
- ☐ **PIECE D'IDENTITE** : photocopie **recto/verso** (carte d'identité, passeport, titre de séjour)
- ☐ **ATTESTATION D'OUVERTURE DE DROITS** du régime obligatoire (de moins de 3 mois)
- ☐ **CARTE DE MUTUELLE** ou de **CSS** à jour : photocopie **recto/verso** (nous demanderons la Prise En Charge à votre mutuelle)
- ☐ **CHEQUE DE CAUTION** de 720,00€ (non nécessaire si CSS/ C2S ou régime local Alsace Moselle)
➔ Si vous (patient) n'êtes pas *l'émetteur du chèque*, merci de demander à l'émetteur de compléter **L'AUTORISATION D'ENCAISSEMENT** (p.18) et nous la faire parvenir avec votre dossier, ainsi qu'une **photocopie recto/verso de sa pièce d'identité**
- ☐ Si vous êtes hébergé à titre gracieux, **L'ATTESTATION D'HEBERGEMENT** (p.19) ainsi que la **photocopie recto/verso de la pièce d'identité de l'hébergeur**
- ☐ **JUGEMENT DE TUTELLE OU CURATELLE** le cas échéant
- ☐ **IMPRIME VERT** « Demande d'accord préalable pour admission en service de soins » (p.17) : à **faire remplir par votre médecin traitant** et à **nous retourner**
- ☐ Fiche de **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX** (p.10 à 15) à **faire remplir par votre médecin** et par votre **psychiatre** (si vous en avez un)
- ☐ **COPIE DE VOTRE ORDONNANCE** **la plus récente**, si vous avez un traitement médicamenteux en cours
- ☐ **BILAN BIOLOGIQUE DE MOINS DE 3 MOIS** : cf. ordonnance p.17
- ☐ **COMPTES RENDUS HOSPITALIERS** antérieurs **addictologiques et/ou psychiatriques**
- ☐ **EXAMENS COMPLEMENTAIRES** et **comptes-rendus hospitaliers ou de consultation pour toute comorbidité nécessitant un suivi** ou une attention particulière pouvant impacter la prise en charge, notamment cardiovasculaire, gastro-entérologique, et neurologique
- ☐ **ENVELOPPE AFFRANCHIE AU TARIF EN VIGUEUR (C5/6 20gr)** que vous pourrez acheter dans votre bureau de poste (ne rien indiquer sur l'enveloppe)

Une fois votre dossier complet envoyé, nous prendrons contact avec vous pour le traitement de votre dossier, il n'est donc pas nécessaire de nous contacter.

L'équipe de la Clinique Le Calme



**DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION
HOSPITALISATION COMPLETE**

Nom :	Prénom :	Age :
-------------	----------------	-------------

I - RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

A REMPLIR PAR LE PATIENT

NOM :

Nom de naissance :

Prénoms :

Sexe (H/F) : Nationalité :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse : Portable :

..... Fixe :

Ville : Mail :

Avez-vous déjà fait une cure au CALME ? ☐ à Cabris ☐ à Illiers ☐ Non concerné

Situation actuelle :

☐ En activité ☐ Demandeur d'emploi ☐ RSA ☐ Autre ☐ Maladie

Profession : → Précisez :

Situation actuelle :

☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Concubinage ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf (ve)

Nombre d'enfant(s) :

Avez-vous un logement à la sortie de la cure ?

☐ Oui ☐ Non

Si vous êtes hébergé à titre gratuit chez un tiers, merci de remplir l'attestation d'hébergement p.19

Etes-vous actuellement sous tutelle ou curatelle ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de nous faire parvenir le jugement de tutelle ou curatelle

Personne à prévenir en cas de besoin :

Nom : Prénom :

Lien de parenté : N° de téléphone :

Adresse :

Mail :

Avec votre accord, un courrier de sortie sera adressé au(x) médecin(s) de votre choix, vous pouvez remplir leurs coordonnées p7.



DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION HOSPITALISATION COMPLETE

Nom : Prénom : Age :

A REMPLIR PAR LE PATIENT

DESIGNATION DE LA 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 :

Nom de naissance :

Prénoms :

Date de naissance : **Lieu de naissance :**

Adresse : **Portable :**

Ville : **Mail :**

☐ **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 :**

NOM :

Nom de naissance :

Prénoms :

Date de naissance : **Lieu de naissance :**

Adresse : **Portable :**

Ville : **Mail :**

Cette personne, légalement capable, est :

☐ Mon médecin traitant ☐ Un proche ☐ Un parent – 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 de la
personne de confiance :**



CLINIQUE LE CALME
SMR EN ADDICTOLOGIE
358, AVENUE DE LA PLANTADE – 06530 CABRIS
TEL : 04.93.40.69.99 FAX : 04.93.60.51.82
WWW.CALME.FR

DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION HOSPITALISATION COMPLETE

Nom : Prénom : Age :

A REMPLIR PAR LE PATIENT

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

NOM DE VOTRE CAISSE MALADIE :

Adresse du centre dont dépend l'assuré :
.....
.....

N° SECURITE SOCIALE :

MUTUELLE :

NOM :

Adresse du bureau dont dépend le sociétaire :
.....
.....

Joindre impérativement les photocopies recto/verso de vos **Attestation de Sécurité Sociale de moins de 3 mois, CSS/C2S ou mutuelle.**

Le CALME ne prend pas en charge les frais de transport liés à l'hospitalisation (entrée et sortie).

Le transport aller est à la charge de l'établissement adresseur ou du patient lui-même, selon l'avis de la caisse d'assurance maladie. Le transport retour doit être organisé par le patient, avec le médecin adresseur de la cure si une demande de transport doit être faite.

DANS TOUS LES CAS

Avec ou sans mutuelle, nous demandons impérativement avant l'entrée 1 chèque de caution de 720,00€ à l'ordre de la Clinique LE CALME à joindre à votre dossier*.

NB : si votre chèque n'est pas encaissé (paiement de l'établissement par la mutuelle – délai jusqu'à 3 mois après la sortie du patient), il sera barré et renvoyé à l'adresse indiquée sur le chèque (celle de l'émetteur).

☐ Je m'engage à régler la somme de 720,00 euros en cas de non-paiement par la mutuelle ou en cas d'absence de tiers payant.

Signature du signataire du chèque :

* Si vous n'êtes pas l'émetteur du chèque, merci de remplir l'autorisation d'encaissement (p.18) et de nous faire parvenir également la photocopie de la pièce d'identité de l'émetteur.



**DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION
HOSPITALISATION COMPLETE**

Nom :	Prénom :	Age :
-------------	----------------	-------------

A REMPLIR PAR LE PATIENT

COORDONNES DES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE

Merci de renseigner les coordonnées de vos praticiens afin de pouvoir éventuellement les contacter :

MEDECIN TRAITANT

Nom, prénom :

Adresse :

Tel :

E-mail :

MEDECIN PSYCHIATRE

Nom, prénom :

Adresse :

Tel :

E-mail :

MEDECIN SPECIALISTE D'ORGANE (le cas échéant, ex : gastro-entérologue, cardiologue)

Nom, prénom :

Spécialité :

Adresse :

Tel :

E-mail :

STRUCTURE D'ADDICTOLOGIE AMBULATOIRE (CSAPA, CAARUD, Hôpital de jour, etc.)

Nom de la structure :

Nom, prénom du médecin responsable :

Adresse :

Tel :

E-mail :

PHARMACIE D'OFFICINE

Nom :

Adresse :

Tel :



II – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Faire remplir toutes les rubriques par votre médecin traitant, votre psychiatre, votre addictologue ou le médecin hospitalier si vous êtes hospitalisé.

Cher confrère, chère consœur,

Afin d'optimiser la pertinence du séjour et d'en réduire les risques, il est important de disposer d'informations préalables les plus précises possibles. Ce type de prise en charge nécessite donc, outre un minimum de motivation, que l'état somatique et/ou cognitif soit compatible avec le programme thérapeutique proposé.

Nous vous remercions de votre aide.

Les médecins de la Clinique Le CALME.

Le dossier doit être complet pour être remis à l'équipe médicale. Merci de remplir le dossier de la façon la plus précise possible afin de ne pas allonger son temps de traitement ou de voir le dossier retourné.

L'équipe du CALME tient à préciser que durant la cure :

- **Il ne sera pas possible d'honorer des rendez-vous de spécialité programmés en amont de la cure** pour divers suivis ou bilans non en lien avec la cure. Ces rendez-vous devront être reportés après la cure, sinon la date d'entrée en cure pourra être reportée afin de laisser au patient le temps de réaliser ses examens indispensables. Nous remercions donc le patient de **nous informer de tout rendez-vous médico-chirurgical indispensable et non déplaçable** afin de programmer la cure après ces rendez-vous.
- **Tous les produits psychoactifs seront arrêtés** (en dehors des traitements de fond psychiatriques, des TSO, des antalgiques nécessaires au traitement de la douleur).
Cela inclut le CBD, qui n'est pas autorisé au sein de la structure.
Les benzodiazépines ne sont utilisées qu'en début de séjour pour la bonne réalisation du sevrage, puis arrêtées.
- **La posologie des TSO ne sera pas modifiée. Nous ne réalisons pas de sevrage TSO, héroïne, morphine ou tout autre opiacé.**

*NB : Il est demandé au patient de réaliser ses **soins dentaires** avant d'entrer en cure (réveil des douleurs fréquent à l'arrêt des produits/ consultations dentaires rarement possibles durant la cure).*



DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION HOSPITALISATION COMPLETE

Nom : Prénom : Age :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

ANTECEDENTS ADDICTOLOGIQUES

Joindre les comptes rendus en votre possession ou demander au patient de les fournir.

- Est-ce que le patient a déjà effectué un séjour à la clinique Le CALME Cabris ?
☐ OUI ☐ NON
- Autres antécédents de **cure ou d'hospitalisation pour sevrage** (date et lieu) :
.....
.....
.....
.....
- Est-ce que le patient dispose **actuellement** d'une prise en charge **addictologique ambulatoire** en structure spécialisée (CSAPA, CARRUD, Hôpital de jour, ELSA, etc.) ou avec un **praticien de ville** (addictologue, psychiatre, IDE, installés en ville) ? Si oui, laquelle ? Depuis combien de temps ?
.....
.....
.....
- Est-ce que le patient a bénéficié d'une prise en charge **addictologique ambulatoire par le passé** (en structure ou en ville) ? Si oui, laquelle ? Quelle durée ? Interrompue à quelle date ?
.....
.....
.....
- Est-ce que le patient dispose d'une prise en charge **associative** (ex : alcooliques anonymes) ?
.....
.....
- Existe-t-il chez le patient, une ou plusieurs addictions comportementales (jeu, sexe, écrans, etc. **dont troubles du comportement alimentaire**) ? Si oui, précisez.
.....
.....
- Est-ce que le patient a déjà présenté un ou plusieurs **accidents de sevrage** ?
Epilepsie ☐ OUI ☐ NON
Délirium tremens ☐ OUI ☐ NON
- Est-ce que le patient a déjà présenté un ou plusieurs **traumatismes crâniens graves** ?
☐ OUI ☐ NON



**DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION
HOSPITALISATION COMPLETE**

Nom :	Prénom :	Age :
-------------	----------------	-------------

- **Produits consommés (merci d'être le plus précis possible) :**

A REMPLIR PAR LE MEDECIN	Cocher le niveau de consommation actuel pour chaque produit consommé				QUANTITE MOYENNE CONSOMMEE ET FREQUENCE
	Dépendance	Usage régulier	Usage occasionnel festif	ATCD de consommation (sevrage consolidé)	
Alcool					
Cannabis/CBD					
Cocaïne sniffée					
Cocaïne fumée (=crack/free base)					
Cocaïne injectée					
Benzodiazépines					
Opiacés*					
Drogues de synthèse ou psychostimulants ou hallucinogènes					

* **Opiacés** = Héroïne/ Morphine/ Oxycodone/ Tramadol/ Codéine/ Opium/ Méthadone ou subutex de rue.
Si ordonnance de TSO préciser ci-dessous.

- **Le patient prend-il un TSO** (traitement de substitution aux opiacés = **METHADONE** ou **SUBUTEX**) ?
JOINDRE L'ORDONNANCE
 - Nom du traitement :
 - Posologie :
 - Galénique (gélule, sirop, comprimé sublingual, etc) :
 - Depuis quand ?
 - Qui renouvelle la prescription (CSAPA, médecin traitant) ?
 - Existe-t-il un mésusage du TSO, ou des consommations d'héroïnes ou opiacés en parallèle du TSO ?
(précisez) :



**DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION
HOSPITALISATION COMPLETE**

Nom :	Prénom :	Age :
-------------	----------------	-------------

Cadre à disposition du **MEDECIN** ou du **PATIENT** permettant de **préciser les consommations de produits actuelles ou passées**, et d'apporter des **détails** sur la **problématique principale et les objectifs visés** pour chaque produit (réduction des risques ou abstinence) ainsi que la motivation.

IL EST RECOMMANDE DE DECLARER TOUS LES PRODUITS CONSOMMES AFIN DE PROGRAMMER UN SEVRAGE EN TOUTE SECURITE.



DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION HOSPITALISATION COMPLETE

Nom : Prénom : Age :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX

Joindre les comptes rendus en votre possession ou demander au patient de les fournir.
Précisez, pour les pathologies principales, et si elles sont évolutives/ stabilisées/ en cours d'exploration/ potentiellement handicapantes pour la cure, ainsi que le stade et le spécialiste qui assure le suivi.

Poids actuel : Poids habituel (si différent) : Taille :

- ATCD digestifs (notamment cirrhose/ pancréatite) :

.....
.....
.....

- ATCD neurologique (notamment troubles cognitifs/ polyneuropathie/ épilepsie hors sevrage) :

.....
.....
.....

- ATCD endocrinologiques (notamment diabète) :

.....
.....
.....

- ATCD cardiovasculaires :

.....
.....
.....

- ATCD infectiologiques (VIH, VHC, VHB) :

.....
.....
.....

- Autres ATCD :

.....
.....
.....

- Traitements somatiques : (Joindre l'ORDONNANCE)

.....
.....
.....

- Allergies :

.....
.....
.....



DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION HOSPITALISATION COMPLETE

Nom : Prénom : Age :

A REMPLIR PAR LE PSYCHIATRE/MEDECIN

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

A faire remplir par le **psychiatre**, si suivi psychiatrique en cours, sinon par le médecin traitant ou référent.

Joindre les comptes rendus en votre possession et **une ORDONNANCE récente** des traitements.

- Existe-t-il une pathologie psychiatrique prévalente à l'addiction ? (Précisez)

.....
.....
.....
.....

- ATCD d'hospitalisation en psychiatrie (motif, date, établissement) :

.....
.....
.....

- ATCD de décompensation de la maladie ? (Précisez)

.....
.....
.....

- ATCD de tentatives de suicide ? (Précisez la date, le moyen)

.....
.....
.....

- Quel est l'état psychique actuel du patient ?

.....
.....
.....

- La psychothérapie de groupe est-elle une contre-indication au vu de la structure psychique ?
(Risque de décompensation)

☐ OUI ☐ NON

- Traitement psychiatrique en cours :

.....
.....
.....
.....



DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION HOSPITALISATION COMPLETE

Nom : Prénom : Age :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

AUTONOMIE DU PATIENT

GRILLE DE DEPENDANCE (cocher la case correspondant au niveau de dépendance pour chaque item)

	1 Indépendance complète	2 Supervision Arrangement	3 Assistance partielle	4 Assistance totale
TOILETTE (Inclut hygiène personnelle, soins, apparence)				
HABILLAGE (Inclut l'habillage du haut et du bas du corps)				
DEPLACEMENTS Locomotion (à pied)				
ALIMENTATION				
CONTINENCE (Vésicale et intestinale)				
COMPORTEMENT/ RELATIONEL Inclut la compréhension et l'expression				

- Le patient bénéficie-t-il d'un passage IDE régulier à domicile (aide à la toilette, pilulier, distribution, soins, etc.) ? Si oui, merci de préciser le motif.

.....
.....

- Le patient est-il en mesure de s'allonger au sol et de se relever seul, et de monter un étage à pied ?
☐ OUI ☐ NON

- Le patient se déplace-t-il avec une canne, une béquille, ou un fauteuil roulant ? (si oui, précisez)

.....
.....

- Précisez si le patient présente un handicap nécessitant des aménagements durant son séjour (ex : lit médicalisé, aide à la toilette, cécité, surdité, etc).

.....
.....

MEDECIN DEMANDANT LA CURE

Nom, prénom :

Spécialité :

Adresse :

Tél : N° RPPS :

E-mail :

Date :

Tampon et signature du médecin :

Le/...../.....

Merci de bien vouloir réaliser la prise de sang (à jeun) suivante :

- NFS, plaquettes
- Transaminases
- Gamma GT
- TP
- Bilirubine totale
- EAL
- Glycémie à jeun
- Vitamine D
- TSH
- Créatinine, clairance de la créatinine
- Ionogramme (Na, K, Cl)
- Acide folique
- Albumine
- Ferritinémie
- Sérologies : HIV1 HIV2, AgHBs, Ac anti-HVBc, Ac anti-HVC (Si positif, faire ARN+ génotype)

Merci de transmettre une copie à la Clinique Le CALME, 358 avenue de la Plantade – 06530, CABRIS ; Fax : 04.93.60.51.82 ou MAIL : secretaires.cabris@calme.fr

Tampon et signature du médecin

ASSURANCE MALADIE

DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE POUR ADMISSION EN SERVICE DE SOINS

VOLET N°1
destiné au
Médecin-Conseil
(service administratif)

(Article R. 166-3 du Code de la Sécurité sociale)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

NUMÉRO
D'IMMATRICULATION (1)

NOM-Prénom (suivi s'il y a lieu,
du nom de l'époux)

ADRESSE

ORGANISME D'AFFILIATION (1)

SITUATION DE L'ASSURÉ(E) A LA DATE DE LA DEMANDE :

- ☐ ACTIVITÉ SALARIÉE ☐ ACTIVITÉ NON SALARIÉE ☐ PENSIONNÉ(E)
☐ SANS EMPLOI ► Date de cessation d'activité :
☐ AUTRE CAS ► Lequel :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURÉ(E) :

NOM-Prénom (suivi s'il y a lieu,
du nom de l'époux)

DATE DE NAISSANCE :

LIEN AVEC L'ASSURÉ(E) ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Autre membre de la famille
☐ Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)

Exerce-t-il habituellement une activité professionnelle ou est-il titulaire d'une pension ☐ OUI ☐ NON

S'agit-il d'un ACCIDENT ☐ OUI ☐ NON Si oui, date de cet accident :

Si le malade est PENSIONNÉ DE GUERRE et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case ☐

(1) SE REPORTER A LA CARTE D'ASSURÉ SOCIAL

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque
se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.
(Articles L. 377-1 du Code de la Sécurité sociale, L. 441-1 du Code pénal)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude
des renseignements portés ci-dessus.

Signature de l'assuré(e)

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN-CONSEIL

NOM et ADRESSE
de l'ÉTABLISSEMENT

Catégorie :

AVIS SUR LE PLACEMENT ☐ DÉFAVORABLE ☐ FAVORABLE, pour une durée de :

CONTRE-INDICATIONS :

EXONÉRATION TICKET MODÉRATEUR ☐ article L. 324-1 ☐ article L. 322-3,3° ☐ article L. 322-3,4°

EXONÉRATION FORFAIT JOURNALIER ☐ OUI ☐ NON

DATE :

Signature et cachet du médecin

BARLERIN - UCANSS - Edition 11/2015

CNAMTS 619-1-86

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN TRAITANT

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

Je prescris le placement de Mme, Mlle, M.

dans l'établissement ou le service suivant :

, pour une durée de :

Ce placement est-il en rapport avec un acte ou une série d'actes dont le coefficient global est égal ou
supérieur à 50 ☐ OUI ☐ NON Date de l'intervention :

Renseignements médicaux justifiant la présente demande (état du malade, examens cliniques et complémentaires,
traitement médical et chirurgical) : *plier ici*

Signature et cachet du médecin

Fais le :

à



AUTORISATION D'ENCAISSEMENT CHEQUE DE CAUTION

Je soussigné(e), le tireur du chèque :

NOM

Prénom

Né(e) le à

résidant (adresse)

.....

.....

autorise la Clinique LE CALME, située 358 avenue de la Plantade – 06530 Cabris, **à encaisser mon chèque**, joint au dossier de (le/la patient(e)) :

NOM

Prénom

Né(e) le à

dans le cas où :

- le/a patient(e) ne possède pas de mutuelle, ou,
- l'établissement ne pratique pas le tiers payant avec la mutuelle du patient, ou,
- la mutuelle émet un refus de prise en charge pour le ticket modérateur et le forfait journalier.

Fait à

le

Signature du tireur du chèque :

Joindre la photocopie de la pièce d'identité recto/verso du tireur du chèque

NB : si votre chèque n'est pas encaissé (paiement de l'établissement par la mutuelle – délai jusqu'à 3 mois après la sortie du patient), il sera barré et renvoyé à l'adresse indiquée sur le chèque (celle de l'émetteur).



**CLINIQUE LE CALME
SMR EN ADDICTOLOGIE**

358, AVENUE DE LA PLANTADE – 06530 CABRIS
TEL : 04.93.40.69.99 FAX : 04.93.60.51.82
WWW.CALME.FR

ADM EN 15 V1

ATTESTATION D'HEBERGEMENT

Je soussigné(e), l'hébergeur :

NOM

Prénom

Né(e) le à

résidant (adresse)

.....

.....

déclare sur l'honneur **héberger à titre gracieux à mon domicile** mentionné ci-dessus,
l'hébergé(e) :

NOM

Prénom

Né(e) le à

Et ce, depuis le (date)

Je m'engage par la présente attestation, à poursuivre l'hébergement à la sortie de cure.

Fait à

le

Signature de l'hébergeur :

Joindre la pièce d'identité recto/verso de l'hébergeur