

Conditions d'admission:

Questionnaire médical de préadmission à faire compléter par votre médecin traitant ou éventuellement par l'un des médecins de la clinique Le CALME.

Un entretien préliminaire avec l'un de nos psychologues permettra d'évaluer vos attentes et la qualité de la prise en charge que nous pourrions vous proposer.

Les outils thérapeutiques

- Consultations psychologiques et prises en charge psychothérapeutiques
- Groupe de parole
- Séances de relaxation, sophrologie et de maîtrise psychosomatique
- Séances d'information et d'éducation thérapeutique
- Mutualisation des expériences et des stratégies de soin.



**Clinique Le CALME
SSR spécialisé en addictologie**



**HOPITAL DE JOUR
ADDICTOLOGIE**

358 avenue de la plantade

06530 CABRIS
Tél. : 04 93 40 69 99
Fax : 04 93 60 51 82
Site : www.calme.fr

La clinique Le CALME est un établissement d'hospitalisation complète et d'hospitalisation de jour (HDJ) spécialisé en addictologie.

L'HDJ est un mode de prise en charge, en ambulatoire, qui vous permet de venir au sein de la structure sur des séquences d'une demi-journée dans lesquelles il vous sera proposé un programme thérapeutique en fonction d'objectifs construits avec votre participation.

Nous pourrons vous proposer;

Une aide et un accompagnement au sevrage en lien avec votre médecin ;

Une aide à la consommation contrôlée;

Une aide à la réduction des risques et des dommages.

Une aide et une évaluation à la mise en place d'un parcours et de stratégie de soin.

La prise en charge peut se faire sur une durée de 6 mois, renouvelable.

Pour se rendre à la clinique CALME à Cabris:

En voiture (10 minutes en partant de Grasse)

En bus (ligne B, Arrêt « Le Calme », juste devant l'établissement

En VSL si besoin

L'équipe thérapeutique est composée de :

- médecins:
- Psychologues
- Infirmiers
- Personnel administratif

Responsable de l'HDJ:

Priscilla Rosti.

Responsable pôle administratif :

Nathalie Demangeon



**CLINIQUE CALME
SSR SPECIALISE EN ADDICTOLOGIE**

358 avenue de la Plantade – 06530 Cabris
Tél. 04 93 40 69 99 Fax 04 93 60 51 82
e-mail : secretaires.cabris@calme.fr

Madame, Monsieur,

**L'accueil téléphonique au 04 93 40 69 99 est à votre disposition pour toute question sur la
constitution de votre dossier d'inscription en hôpital de jour**

Merci d'envoyer un **dossier complet** en **1 seul envoi** avec :

- Fiche de **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX** accompagnée d'un **BILAN BIOLOGIQUE** de moins de 3 mois
 - A faire remplir par votre médecin-traitant et par votre psychiatre (si vous en avez un)
- COPIE DE VOTRE ORDONNANCE la plus récente** si vous avez un traitement médicamenteux en cours
- Fiche de **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS** remplie et accompagnée d'une **ATTESTATION D'OUVERTURE DE DROITS** (de moins de 3 mois)
- PIECE D'IDENTITE** : Photocopie **recto-verso** (carte d'identité, passeport ou permis de conduire)
- CARTE DE MUTUELLE** ou de **CMU** à jour : Photocopie **recto-verso**
- Attestation de prise de connaissance de la charte de fonctionnement signée**

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

Isabelle et Eveline



**CLINIQUE CALME
SSR SPECIALISE EN ADDICTOLOGIE**

358 avenue de la Plantade – 06530 Cabris
Tél. 04 93 40 69 99 Fax 04 93 60 51 82
<https://www.calme.fr>

**Renseignements Administratif :
HDJ clinique LE CALME**

Nom : Nom de jeune fille.....

Prénom : Nationalité.....

Sexe : H F

Date et lieu naissance..... portable.....

mail..... @.....

Adresse.....

Situation familiale :

- célibataire concubinage marié (e) séparé (e) divorcé (e)
 veuf (e) pacsé (e)

Nombre d'enfant (s) :

Situation professionnelle :

Profession :

- Retraite sans activité en activité demandeur d'emploi maladie

Ressources :

- salaire RSA indemnité journalière AAH retraite
 Assedic maladie
 Autres (préciser) :

Logement :

- Propriétaire locataire foyer sans domicile en cours
 hébergé (e) (préciser).....

Mesure de protection :

- Tutelle curatelle mesure en cours

Couverture sociale :

- Régime général régime particulier
 CPAM CMU PUMA AME

Adresse du centre dont dépend l'assuré :

.....

Moyen de transport pour venir en HDJ :

- voiture personnelle bus VSL accompagnement par un proche

Couverture complémentaire :

- CMU aucune mutuelle (préciser le nom et l'adresse du bureau dont dépend le sociétaire)
-

Personne de confiance :

.....

Personne à prévenir :

.....

Pièce à fournir :

Photocopies recto verso de :

- Attestation d'ouverture de droits à la caisse de régime obligatoire (datée de moins de 3 mois)
 CMU ou Mutuelle
 carte vitale
 carte d'identité



**CLINIQUE LE CALME
SSR SPECIALISE EN ADDICTOLOGIE**

358 avenue de la Plantade – 06530 Cabris
Tél. 04 93 40 69 99 Fax 04 93 60 51 82
<https://www.calme.fr>

**ATTESTATION DE PRISE DE CONNAISSANCE DE LA CHARTE DE
FONCTIONNEMENT**

Je soussigné(e) _____

Déclare avoir pris connaissance de la charte de fonctionnement et m'engage à la respecter.

Cabris, le :

Signature :



**CLINIQUE CALME
SSR SPECIALISE EN ADDICTOLOGIE**

358 avenue de la Plantade – 06530 Cabris
Tél. 04 93 40 69 99 Fax 04 93 60 51 82
<https://www.calme.fr>

**Dossier médical de pré-admission :
HDJ clinique LE CALME**

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Etablissement demandeur tel
fax mail

Médecin adresseur tel fax
mail @

Médecin traitant : tel
mail @ adresse

Nom assistant social :

Patient

Nom : Nom de jeune fille.....

Prénom : Nationalité

Sexe : H F

Date et lieu naissance portable
mail @

Adresse

.....
.....

Allergies :

Poids :kg Taille :m....

Objectifs visés :

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

Situation addictologique actuelle :

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

	Problématique actuelle	Problématique ancienne	Démarche de changement	
			oui	non
Alcool				
Cocaïne				
Tabac				
Cannabis				
Opiacés				
Benzodiazépines				
Addictions comportementales				
Tb Comportement Alimentaire				
Autres				
Traitements de substitutions en cours	<input type="checkbox"/> Oui	(préciser)	<input type="checkbox"/> non	

Accidents de sevrage : - épilepsie : oui non
- Délirium tremens : oui non

Antécédents addictologiques :

Hospitalisations (dates et lieux) :

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

Antécédents somatiques :

-pathologie neurologique :

-pathologie cardiovasculaire :

-pathologie digestive : -hépatique : stéatose
 Hépatite alcoolique
 Cirrhose décompensation TP
 HTP

Pancréatique :

Gastrique :

Autres :

Antécédents psychiatriques :

Hospitalisation (s) : (dates et lieux+ indications)

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

Suivi psychiatrique : oui par non

Traitements :

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

Tentative de suicides :

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

Evaluation des Soins

Soins techniques :

- Sous oxygène
- Sonde à demeure
- Colostomie
- Pansement
- Insulinothérapie
- Autres.....

Locomotion:

- Autonome
- Cannes anglaises
- Fauteuil roulant

Appareillages

- Prothèses oculaires
- Lunettes
- Lentilles
- Prothèses auditives: Droite Gauche
- Prothèses dentaires : Haut Bas
- Prothèses orthopédiques (préciser) :.....

Tb de la mémoire/ cognitifs : Oui non si oui préciser

Handicap sensoriel : Oui non si oui préciser.....

Connecter un bilan biologique de moins de 3 mois comprenant : NFS, Plaquettes, Transa., TP, Bili. totale, Créat., Glycémie, Vit. D, Na, K, Lipase, serologies HIV1,HIV2,AgHbs, Ac antiHVBC, Ac antiHVC.Si positif faire ARN+ génotype.

Le patient a-t-il été hospitalisé HORS DE FRANCE durant l'année précédente : Oui Non

(**Merci d'y répondre obligatoirement** : Circulaire N°DGS/DGOS/PF/2010/413 du 6 décembre 2010) Si oui merci de faire réaliser une **Coproculture avec recherche d'entérobactéries productrices de carbapénémase**

Cachet du médecin :

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 :

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 àle

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 àle

Signature