

### 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](http://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 pourrions 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](mailto: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 substitutions cours	de en	<div><input type="checkbox"/> Oui (préciser) <input type="checkbox"/> non</div> <div>.....</div> <div>.....</div>		

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 : ...../...../.....



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 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