

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 :			
Poids :	Taille :	IMC :	

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

Cher confrère, chère consœur,

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.

SI LE PATIENT PRÉSENTE UNE APNÉE DU SOMMEIL, IMPÉRATIF DE VENIR AVEC SON APPAREIL. (POUR SEVRAGE)

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

PIECES IMPORTANTES A JOINDRE AU DOSSIER :

1/ BILAN BIOLOGIQUE RECENT :

(sans le bilan le patient ne pourra être admis au sein de notre structure)

- NFS, plaquettes,
- **Transaminases, bilirubine, TP, albumine (impératif)**
- Ionogramme, calcémie, créatinine, clearance calculée,
- Glycémie à jeun, EAL
- Phosphatases alcalines, lipase,
- Sérologie HIV, Hépatite B et C

2/ Copie dernière ordonnance de votre traitement (important)

3/ Comptes rendus hospitaliers antérieurs + Compte rendu cardiologique

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

Consommations en cours :

- | | | | |
|------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| - ALCOOL | ☐ occasionnel | ☐ régulier | ☐ dépendance |
| - CANNABIS | ☐ occasionnel | ☐ régulier | nb joints/ jour : |
| - HEROINE | ☐ occasionnel | ☐ régulier | |
| - COCAINE | ☐ occasionnel | ☐ régulier | nb gr / jour |
| - TABAC | ☐ occasionnel | ☐ régulier | |
| - AUTRES | ☐ occasionnel | ☐ régulier | |

MESUSAGE DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES ☐ Non

☐ Oui Lesquelles :

Traitements de substitution: ☐ Non
☐ Oui: ☐ SUBUTEX ☐ METHADONE ☐ AUTRES

Addictions sans produit : ☐ Non ☐ Oui :

Laquelle: (sexe – jeux) ;

ACCIDENTS DE SEVRAGE : **Epilepsie :** ☐ Non ☐ Oui

Delirium tremens : ☐ Non ☐ Oui

ANTECEDENTS SOMATIQUES MEDICAUX :

Vaccin COVID-19 : non vacciné ☐ 1-ere dose ☐ 2-eme dose ☐

- Traumatismes crâniens : ☐ Glaucome

- SAS :

- Pathologie digestive : - hépatique : ☐ Stéatose

☐ Hépatite alcoolique

☐ Cirrhose ☐ décompensation ☐ TP =

☐ HTP

- pancréatique :

- gastrique :

- Pathologie neurologique :

- Pathologie cardiovasculaire :

- Allergies :

- Autres :

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

PORTEUR CONNU DE BACTÉRIE MULTI RÉSISTANTE

☐ OUI

☐ NON

HOSPITALISATION DANS UN ÉTABLISSEMENT A L'ÉTRANGER
DATANT DE MOINS D'UN AN

☐ OUI

☐ NON

SUIVI PSYCHIATRIQUE OU PSYCHOLOGIQUE :

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

NOM ET COORDONNEES 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
TOILETTE inclut hygiène personnelle, soins, apparence					
HABILLAGE inclut l'habillage du haut et du bas du corps					
DEPLACEMENTS (locomotion)					
ALIMENTATION					
CONTINENCE inclut la continence vésicale et intestinale					
COMPORTEMENT interaction sociale					
RELATION inclut la compréhension et l'expression					

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

Cachet du médecin :

Date :

Merci de nous transmettre votre numéro de téléphone ____/____/____/____/____

De fax ____/____/____/____/____

ou votre adresse de **Messagerie Sécurisé de Santé**, (type Apicrypt, mssante ou autre)



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 5 semaines.

☐ **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



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 5 semaines.

☐ **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 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



Centre de cure Alcoologie – Addictologie

SSR-A

FICHE DE PRE-INSCRIPTION

DATE D'ENTREE :

PLACE PREVUE A ILLIERS-COMBRAY

PATIENT

NOM :

Prénoms :

Adresse :

Tel :

Mail :

Date de naissance :

Lieu :

Nationalité :

Age :

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

Profession :

Situation actuelle : ☐ En activité ☐ Demandeur d'emploi ☐ RSA ☐ Maladie
 ☐ Autre _____

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Divorcé
 ☐ Concubinage ☐ Séparé ☐ Veuf

Avez-vous un logement à la sortie de la cure ? Oui ☐ Non ☐

Personne à prévenir en cas d'accident :

NOM :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

N° de téléphone

SECURITE SOCIALE (venir avec votre code AMELI)

N° de Sécurité Sociale :

100 % oui ☐

non ☐

si oui, maladie :

Adresse du Centre de Sécurité Sociale :

Médecin traitant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° TEL

FAX :

EMAIL :

Spécialité du médecin qui vous adresse au CALME si ce n'est pas votre médecin traitant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° TEL

FAX :

EMAIL :

MUTUELLE OU CMU

Nom :

Adresse :

La demande de l'accord auprès de votre mutuelle est effectuée par nos soins

DANS TOUS LES CAS (sauf C2S à jour)

Chèque de caution demandé avant l'entrée (FJ): 720 Euros à l'ordre du CALME

Joindre impérativement les photocopies recto verso de vos ATTESTATION SECURITE SOCIALE de – 3 mois, CSS ou mutuelle



**Courrier à conserver
Voir au verso**

ILLIERS-COMBRAY

Médecins généralistes

Dr Catalina BOHOTIN
Dr Véronique MOUFLARD

Psychologues – Psychothérapeutes

Michèle AMORFINI
Alexeï BONNY
Virginie QUENTIN
Rozenn KERVICHE

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

- ☐ Fiche des renseignements médicaux
- ☐ Prescription Bilan Sanguin et ordonnances des traitements

A NOUS RETOURNER

- ☐ Fiche de Pré-inscription
- ☐ Photocopie carte mutuelle ou C2S
- ☐ Photocopie Attestation ouverture des droits à la Sécurité Sociale (- de 3 mois)
- ☐ 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
 - la prise de sang demandée
 - copie de la dernière ordonnance des traitements

Joindre les comptes rendus suite à des hospitalisations, échographies, radiographies en votre possession.

- ☐ Un chèque de caution de 720 € à l'ordre du CALME (caution pour le forfait journalier, rendue lorsque le dossier sera soldé)

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

Dossier à renvoyer par courrier ou fax **02.37.91.63.34**

**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)
- Produits de maquillage sans alcool
- Enveloppes timbrées pour envoi bulletin d'hospitalisation
- Café soluble, Thé....
- Cigarettes (au cas où)
- Chaussures de marche ou baskets pour les sorties
- Petite serviette de toilette ou autre pour les séances de relaxation
- Valise avec cadenas
- Traitement pour 72 heures