

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM : Nom de jeune fille :	Prénoms :
Date de naissance :	Poids : Taille : IMC :

Faire remplir toutes les rubriques par votre médecin le Dr :

Cher confrère, chère consœur,

Afin de présenter l'hôpital de jour au patient lors du premier entretien et d'en évaluer la pertinence avec lui , nous vous remercions de bien vouloir remplir le questionnaire suivant.

Les médecins du C.A.L.M.E.

ENTOURAGE MEDICAL

Médecin traitant : Nom.....Prénom :.....
Téléphone :

Psychiatre : Nom.....Prénom.....
Téléphone :

Addictologue : Nom.....Prénom :.....
Téléphone :

Professionnel demandeur : Nom.....Prénom :.....
Fonction :Téléphone :

ANTECEDENTS ADDICTOLOGIQUES

Antécédent(s) de cure(s) ou sevrage(s) ☐ non ☐ oui :

Lieu : Date :

Lieu : Date :

Lieu : Date :

Lieu : Date :

- Prise(s) en charge ambulatoire(s) antérieure(s) ☐ oui ☐ non

- Prise(s) en charge ambulatoire(s) actuelle ☐ non ☐ oui Quelle structure ?

CONSOMMATIONS ACTUELLES :

Produit principal:

ALCOOL ☐ CANABIS ☐ TABAC ☐ COCAINE ☐ HEROINE ☐ MEDICAMENTS ☐

AUTRE ☐ :

Produits associés :

ALCOOL ☐ CANABIS ☐ TABAC ☐ COCAINE ☐ HEROINE ☐ MEDICAMENTS ☐

AUTRE ☐ :

CONSOMMATIONS ANCIENNES (en indiquant l'année du sevrage):

☐ ALCOOL ☐ CANNABIS ☐ TABAC ☐ COCAINE ☐ HEROINE

☐ MEDICAMENTS..... ☐ AUTRES :

ADDICTION SANS PRODUIT : ☐ Non ☐ Oui :

TRAITEMENT DES ADDICTIONS EN COURS :

☐ SUBUTEX ☐ METHADONE ☐ TNS ☐ AOTAL ☐ BACLOFENE ☐ NALTREXONE

☐ AUTRES :

ANTECEDENTS SOMATIQUES MEDICAUX

● Diabète non ☐ oui ☐ traitement :

● ATCD Cardiaques non ☐ oui ☐ lesquels :

Traitement :

● ATCD pneumo non ☐ oui ☐ lesquels :

Traitement :

● ATCD médicaux :

● ATCD chirurgicaux (rachis, prothèse...) :

● Allergies :

SUIVI PSYCHIATRIQUE OU PSYCHOLOGIQUE

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

- ATCD psychiatriques : ☐ Non ☐ Oui :

- Hospitalisations : ☐ Non ☐ Oui :

- Troubles cognitifs : ☐ Non ☐ Oui :

- suivi psychologique/psychothérapeutique : ☐ Non ☐ Oui :

TRAITEMENTS EN COURS (ou fournir la dernière ordonnance)

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

INDICATION(S) de HDJ

(Motif(s) de la demande)

- ☐ Maintien de l'abstinence/Prévention de la rechute
- ☐ Restauration de l'estime de soi
- ☐ Aide au sevrage tabagique
- ☐ Education thérapeutique
- ☐ Entretien/restauration des fonctions cognitives
- ☐ Autre(s) :

Le patient présente-t-il une contre-indication à la pratique d'une activité physique ?

☐ non ☐ oui :

L'activité de groupe est-elle une contre-indication au vu de la structure psychique?

☐ non ☐ oui :

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

☐ non ☐ oui :

Cachet du médecin :

Date :

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

De fax ____/____/____/____/____

ou votre adresse de **Messagerie Sécurisée de Santé**, (type Apicrypt ou autre) _____

si vous souhaitez être informé de la date d'admission de votre patient et pour vous transmettre la lettre de liaison.



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 HDJ.

☐ **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 HDJ.

☐ **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



Hôpital de jour Alcoologie – Addictologie

SMR-A

FICHE DE PRE-INSCRIPTION HDJ

DATE D'ENTREE :

PLACE PREVUE A ILLIERS-COMBRAY

PATIENT

NOM :

Prénoms :

Adresse :

Tel :

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 ? Oui ☐ Non ☐

Personne à prévenir en cas d'accident :

NOM :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

N° de téléphone

SECURITE SOCIALE

N° de Sécurité Sociale :

100 % oui ☐

non ☐

si oui, ALD :

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

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



ILLIERS-COMBRAY

Responsable HDJ
Armelle CHOQUET

Médecins généralistes

Dr Manon BEAULIER
Dr Morgan CAILLAULT

Psychologues
– Psychothérapeutes

Michèle AMORFINI
Alexeï BONNY
Virginie QUENTIN
Rozenn KERVICHE
Cécile LANDOU

Secrétaire HDJ
Julie L'ARBALESTRIER

Illiers-Combray, le

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

- ☐ Fiche des renseignements médicaux à remplir par le médecin
- ☐ Fiche de Pré-inscription
- ☐ Photocopie carte mutuelle ou CMU (**sans mutuelle : nous contacter**)
- ☐ Photocopie Attestation ouverture des droits à la Sécurité Sociale (- de 3 mois)
- ☐ Photocopie carte d'identité
- ☐ Fiche de désignation de la personne de confiance dûment remplie et signée.

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

Pour convenir d'un rdv avec l'équipe d'HDJ.

L'équipe HDJ

