

Dossier de demande d'admission à télécharger :
www.lasantedelafamille.fr

CENTRE MALVAU

**Etablissement de Soins Privé d'Intérêt Collectif
(ESPIC)**

Centre de soins spécialisés en addictologie
S.S.R.A

**21, Quai des Violettes
37400 AMBOISE
(Indre et Loire)**

Tél. 02.47.57.21.92

Fax. 02.47.57.66.54

E.mail : centre.malvau@lasantedelafamille.fr

*Le Centre Malvau ne prend pas en charge les frais de transport liés à l'hospitalisation (entrée et sortie). Les démarches devront être effectuées par l'établissement adresseur.
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.*

Mise à jour le 16/12/2014

**Etablissement de la Santé de la Famille
Bâtiment C - 190, Avenue de Clichy
75017 PARIS**

NOM : Prénom :

Né(e) le : à Nationalité :

Adresse :

.....

Tél : Portable :

Situation familiale :

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Marié(e) | <input type="checkbox"/> Remarié(e) | <input type="checkbox"/> Veuf (ve) |
| <input type="checkbox"/> Divorcé(e) | <input type="checkbox"/> Séparé(e) | <input type="checkbox"/> Concubinage | <input type="checkbox"/> PACS |

Situation professionnelle :

- | | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Activité(e) | <input type="checkbox"/> Chômage | <input type="checkbox"/> AAH | <input type="checkbox"/> Invalidité(e) |
| <input type="checkbox"/> Retraité(e) | <input type="checkbox"/> Préretraité(e) | <input type="checkbox"/> RSA | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Accident du travail | <input type="checkbox"/> | | |

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

Niveau d'études :

Qualifications professionnelles :

Logement :

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Propriétaire | <input type="checkbox"/> Locataire | <input type="checkbox"/> SDF |
| <input type="checkbox"/> Famille* | <input type="checkbox"/> Amis* | <input type="checkbox"/> Foyer* |

*(fournir une lettre d'engagement d'hébergement pour ces trois situations)

Personne à contacter en cas d'urgence avec téléphone :

Personne de confiance : tél. :

Lien de parenté :

Nom, adresse et tél du curateur ou tuteur (le cas échéant) :

.....

.....

SERVICE SOCIAL

Nom du travailleur social :

Adresse :

.....Téléphone :

Age et profession du conjoint :

Des enfants :

N° de SS :

Adresse Sécurité Sociale : (joindre photocopie attestation)

.....

Adresse mutuelle ou CMU (joindre photocopie carte ou attestation) :.....

.....

Pour les mutuelles : demandez impérativement la prise en charge auprès de votre organisme.

CARTE VITALE OBLIGATOIRE A L'ENTREE DANS L'ETABLISSEMENT.

Votre exposé de la situation et projet après le soin

(Logement, emploi, famille, suivi etc...)

Liste des pièces à joindre : **Toute pièce manquante bloquera l'examen du dossier**

- lettre de motivation
- attestation ouverture des droits sécurité sociale (à demander auprès de votre caisse)
- Adresser avec le dossier la photocopie de votre carte mutuelle. Si possible : la prise en charge de la Mutuelle (**à demander une fois que votre date d'admission aura été fixée**).
- Page N° 4 dûment signé par le (la) patient(e)
- Si besoin : lettre d'hébergement de la famille ou d'une structure
- 20€ pour la caution obligatoire à l'entrée (prêt de matériel).

Engagement du (de la) patient(e) :

(à faire signer impérativement par le patient)

- *LE CENTRE MALVAU, Etablissement recevant du public, applique la législation anti-tabac (Loi EVIN). DONC, ON NE PEUT PAS FUMER A L'INTERIEUR DES LOCAUX. TOUTE TRANSGRESSION FERA L'OBJET D'UNE EXCLUSION.*
- *Le (la) patient(e) s'engage à ne consommer aucune drogue illicite pendant son séjour au Centre Malvau, notamment le cannabis. La structure peut être amenée à effectuer une analyse d'urine dans le mois qui suit l'entrée. Un contrôle positif à 5 semaines peut entraîner l'exclusion.*

Je, soussigné(e) déclare accepter ces conditions.

- *Je m'engage pendant toute la durée de mon séjour à MALVAU :*
 - *à participer au travail de l'atelier qui me sera désigné*
 - *à ne pas conduire de véhicule automobile, ni sur place, ni à l'occasion des permissions thérapeutiques.*
 - *A accepter toutes les prescriptions*
 - *A remettre à l'établissement tous les médicaments et drogues en ma possession.*

Fait à

Le

Signature du (de la) patient(e) :

CENTRE MALVAU

**Etablissement de Soins Privé d'Intérêt Collectif
(ESPIC)**

***Centre de soins spécialisés en addictologie
S.S.R.A***

**21, Quai des Violettes
37400 AMBOISE
(Indre et Loire)**

**Tél. 02.47.57.21.92
Fax. 02.47.57.66.54**

Fax Médical : 02.47.30.64.26

E.mail : centre.malvau@lasantedelafamille.fr

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION

**A RETOURNER AU MEDECIN DE L'ETABLISSEMENT SOUS PLI
CONFIDENTIEL**

**NE SERONT ADMIS DANS L'ETABLISSEMENT QUE LES PATIENTS VENANT
PAR TRANSFERT APRES SEVRAGE EN STRUCTURE HOSPITALIERE.**

Mise à jour le 16/12/2014

**Etablissement de la Santé de la Famille
Bâtiment C - 190, Avenue de Clichy
75017 PARIS**

DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL

A faire compléter impérativement par un médecin et à retourner sous pli fermé à l'attention du Médecin de l'Etablissement.

Les limites d'admission :

- Les patient(e)s présentant des troubles psychiatriques aigus ou prédominants,
- Les patient(e)s atteint(e)s de troubles cognitifs anciens importants ou limitant la capacité d'élaboration et de participation aux ateliers,
- Les phases aiguës de pathologies somatiques nécessitant une activité diagnostique avec des gestes médicotéchniques ou un traitement lourd, ne relèvent pas d'une hospitalisation en soins de suite spécialisés en addictologie.

Le (la) patient(e) doit être en capacité de retrouver une autonomie sociale.

NOM : **Prénom**

ALD (affection de longue durée) : oui non

Motif médical ALD :

1. Indication du séjour en établissement SSRA posée par :

Etablissement de santé ou médecin prescripteur du séjour :

Adresse :

Tél : **Fax :** **e-mail :**

Ou médecin :

Adresse :

Tél : **fax :** **e-mail :**

Demande précise : cocher la durée de séjour envisagée :

1- **Séjour de 6 semaines (renouvelable, une fois, en cours de séjour) : indications :**

- Patient(e) actuellement hospitalisé(e) en cure dans un service d'addictologie
- Patient(e) présentant une rechute récente
- Patient(e) en première demande de soins résidentiels
- Patient(e) bénéficiant d'un environnement social et familial stable et peu pathogène
- comorbidités psychiatriques au premier plan (poly-toxicomanies récemment actives, troubles de la personnalité) rendant difficile l'acceptation du cadre institutionnel

2- **Séjour de 12 semaines (trois mois) : indications :**

- Patient(e) actuellement hospitalisé(e) en cure courte de sevrage dans un service hospitalier et éprouvant le besoin de prendre du recul pour réfléchir à son addiction en dehors du cadre de vie habituel
- besoin d'une période de convalescence physique et psychique d'une durée longue
- besoin d'une évaluation médico-psycho-sociale dans le cadre d'un projet de réinsertion sociale
- troubles psychiatriques stabilisés et permettant une adaptation institutionnelle sur une longue durée

2. Histoire de la conduite addictive :

Quelles sont la ou les substances psychoactives et/ou addictions comportementales pour lesquelles sont demandées cette postcure ?

Conditions de début :

Durée, mode :

Dépendance :

Sevrages simples ou sevrages complexes résidentiels antérieurs (dates et lieux) :

Séjours en SSRA antérieurs (dates et lieux) :

Examen et bilan cliniques actuels : Comment le (la) malade est-il (est-elle) venu(e) à envisager cette démarche de soins ? :

3. Antécédents :

Allergies connues et / ou contre-indications médicales :

Médicaux :

Chirurgicaux :

Psychiatriques:

Familiaux (en rapport avec l'addiction) :

Médico-légaux :

Judiciaires :

Le (la) patient(e) est-il (est-elle) en obligation de soin ? :

Autres addictions (opiacés, cannabis, tabac, psychotropes, cocaïne, addictions comportementales) :

4. Examen et bilan cliniques actuels :

Taille : Poids : IMC :

Examen clinique actuel, y compris neurologique (épilepsie et autres manifestations encéphalopathiques ou périphériques) :

Etat psychopathologique et comportemental actuel :

Modalités du sevrage actuel et incidents éventuels (si sevrage en cours, prière de nous adresser un compte-rendu détaillé pour son admission)

Bilan biologique (gamma GT, VGM....) et sérologique (Hépatite B, C, VIH) : joindre les derniers bilans

Traitement en cours (ou une copie du traitement actuel):

Fonctions locomotrices : aptitude et autonomie au travail en atelier, particularités à prendre en compte pour les ateliers d'ergothérapie :

Contre-indication aux activités sportives :

Résultat de radiographie des poumons récente :

Le (la) patient(e) a-t-il (elle) été transfusé(e) ? :

Vaccination antitétanique, date de la dernière vaccination :

Régime alimentaire :

5. Climat des relations familiales :

6. Date d'admission souhaitée :

7. Nom, adresse et téléphone du médecin traitant habituel :.....

.....

8. En cas de difficultés, coordonnées du service hospitalier reprenneur :

A donner impérativement pour le transfert du patient :

- *Le compte rendu d'hospitalisation*
- *La fiche liaison infirmière*
- *24h de traitement*

Je soussigné, Dr , certifie que ce malade n'est pas atteint de maladie contagieuse, ni mentale incompatible avec la vie en collectivité. Par ailleurs, je m'engage à reprendre ce patient dans mon service en cas d'inadaptation au Centre Malvau.

Etablissement..... Signature

Date :

*Signature et adresse lisible
Téléphone
Cachet du médecin*

Centre MALVAU
Établissement de soins spécialisés
21, Quai des violettes
37400 AMBOISE
Tél. 02 47 57 21 92 - Fax 02 47 57 66 54
centre.malvau@lasantedelafamille.fr



Art R1112-18 R1112-19 R1112-20

FICHE ADMINISTRATIVE DE PRE-ADMISSION CHAMBRES PARTICULIERES

NOM Prénom.....

Né(e) leLieu de naissance.....

Situation familiale : marié(e) / veuf (ve) / divorcé(e) / célibataire / concubinage/ PACS

Adresse.....

Lors de votre séjour, **SOUS RESERVE DE DISPONIBILITE**

Désirez-vous une chambre individuelle :

OUI - NON

Prise en charge de votre mutuelle : **(CMU Exclue)**

OUI - NON

En l'absence de cette prise en charge,

Acceptez-vous de régler le supplément de tarif :

OUI - NON

Il existe 9 chambres individuelles à Malvau en fonction des équipements et des Disponibilités au tarif de **25 € ou 50 €** selon confort

Personne à prévenir :Téléphone.....

Lien de parenté.....Adresse.....

N° de sécurité sociale.....

Nom et adresse de l'organisme.....

Nom et adresse de votre mutuelle.....

Lors de votre admission, veuillez-vous munir de votre :

- Carte vitale
- Carte mutuelle

Date :

Signature :