



Soins de suite et de réadaptation en addictologie

21, Quai des violettes

37400 AMBOISE

Tél. 02 47 57 21 92 - Fax 02 47 57 66 54

admissions.malvau@elan-retrouve.org

http://centremalvau.fr

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint un dossier de demande d'admission dans notre centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (code discipline DMT 214 – N° de Finess 370000341).

Toutes les demandes doivent être faites sur ce support.

Celui-ci est composé :

- *d'une partie médicale qui doit être remplie par le médecin qui adresse le patient(e)*
- *d'une partie à remplir par le patient(e) lui-même et à retourner avec les éléments suivants :*

TOUTE PIECE MANQUANTE BLOQUERA L'EXAMEN DU DOSSIER

- * *Une photocopie recto-verso de votre pièce d'identité*
- * *Une photocopie de votre attestation de droits à la sécurité sociale*
- * *Une photocopie de votre carte mutuelle recto-verso ou de votre attestation de droits à la CMU si vous en êtes bénéficiaire*
- * *Si besoin lettre d'hébergement de la famille ou d'une structure*

A réception, votre dossier (partie médicale et partie administrative) sera examiné par nos médecins.

Après validation du dossier, le secrétariat vous contactera pour envisager une date d'admission.

Nous vous remercions de l'intérêt et de la confiance que vous portez à notre établissement.

Le secrétariat des admissions

DOSSIER PATIENT

(À remplir par le patient)

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Madame

Monsieur

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Logement : propriétaire locataire Famille* amis* Foyer*

(* fournir une attestation d'hébergement pour ces 3 situations)

Téléphone : Mail :

Profession :

Si sans profession : Chômage Retraite Invalidité(e) AAH RSA

Situation familiale : Célibataire Marié(e) PACS Veuf (ve) Divorcé(e)

PERSONNES A PREVENIR EN CAS DE BESOIN

Nom : Prénom :

Lien avec le patient (parent, ami(e), proche, médecin etc...) :

Téléphone :

COUVERTURE SOCIALE

Caisse d'assurance maladie (merci de joindre une attestation de droits à jour)

N° de sécurité sociale :

Caisse d'assurance sociale :

Etes-vous bénéficiaire : CMU ALD Invalidité

Mutuelle (merci de joindre une photocopie recto-verso de votre carte mutuelle)

Nom de la mutuelle :

Demandez-vous une chambre particulière (de 30 € à 55 € selon prestations) : OUI NON

(Sous réserve de nos disponibilités et de l'accord de votre mutuelle)

SERVICE SOCIAL (le cas échéant)

Curateur

Tuteur

Travailleur Social

Nom :

Adresse :

Numéro de téléphone : Numéro de Fax :



Fondation reconnue d'utilité publique
Établissements sanitaires,
Établissements médico-sociaux,
Établissements sociaux

Soins de suite et de réadaptation en addictologie

21, Quai des violettes

37400 AMBOISE

Tél. 02 47 57 21 92 - Fax 02 47 57 66 54

admissions.malvau@elan-retrouve.org

<http://centremalvau.fr>

Nom

Prénom

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

*Pour mieux personnaliser votre projet thérapeutique, nous vous invitons à remplir ce document le plus précisément possible.
Ces informations, soumises au secret médical, resteront confidentielles.*

Merci de remplir la lettre de motivation jointe à la partie médicale du dossier.

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DU SEJOUR

Je soussigné(e) (Nom et prénom du patient),

Atteste avoir pris connaissance des tarifs de mon hospitalisation et m'engage à régler les sommes qui ne sont pas prises en charge le cas échéant par le régime obligatoire (sécurité sociale) et/ou par mon régime complémentaire (CMU ou mutuelle)

Date : Signature précédée de la mention

« Lu et approuvé »



Fondation reconnue d'utilité publique
Établissements sanitaires,
Établissements médico-sociaux,
Établissements sociaux

Soins de suite et de réadaptation en addictologie
21, Quai des violettes
37400 AMBOISE
Tél. 02 47 57 21 92 - Fax 02 47 57 66 54
admissions.malvau@elan-retrouve.org
<http://centremalvau.fr>

Nom
Prénom

PERSONNE DE CONFIANCE

Loi 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie :

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et co-signée par la personne désignée. Elle est révisable et révoquable à tout moment. »

Personne de confiance : Mr Mme

Tél. : Lien de parenté :

Je soussigné(e) Nom Prénom :	
Né(e) le : / /	
Accepte de représenter M ou Mme en tant que personne de confiance	
Date :	Co-Signature :
	Le patient :
	La personne de confiance :

CONDITIONS MEDICALES A L'ADMISSION

Préalables nécessaires au séjour de votre patient :

1. Nous ne recevons aucune urgence (qui doit être orientée vers un service de soins aigus).
2. Un sevrage d'alcool avant l'admission est obligatoire.
3. Une stabilité somatique acquise : tout patient non stabilisé doit être dirigé vers un premier service médical de soins et doit avoir été bilanté préalablement à son admission.
4. Une stabilité psychique suffisante (les situations décompensées doivent d'abord être orientées vers un service spécialisé).
5. Du fait de nos conditions actuelles d'hébergement, les grands déficits d'autonomie ou de déplacement devront être orientés vers des centres de soins de suite proposant des infrastructures adaptées.
6. Votre patient doit être motivé dans sa demande de soins (lettre de motivation ci-après) et se déclarer suffisamment informé de notre Projet Thérapeutique.
7. Il est souhaitable que vous puissiez témoigner d'une intention pour votre patient, d'un projet individuel de soins, déjà élaboré.
8. La durée de séjour est de 6 semaines.
9. L'absence de logement ou d'hébergement à la sortie n'est qu'une contre-indication relative. Un projet de réinsertion doit cependant avoir été établi avec le patient avant son admission.
10. Toute demande de deuxième cure au centre Malvau sera examinée par la commission d'admission.

DOSSIER MEDICAL

(A remplir par le médecin adressant le patient)

I. Identification du patient :

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

II. Identification du médecin adressant le patient :

Nom : Prénom :

Fonction :

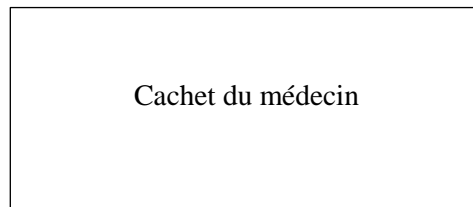
Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. : Fax :

Etes-vous le médecin traitant du patient ? OUI NON

Etes-vous le spécialiste qui suit le patient ? OUI NON



Médecin traitant habituel :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. : Mail :

III. Conduites addictives actuelles :

Tabac OUI NON

Alcool OUI NON

Cannabis OUI NON

Cocaïne OUI NON

Héroïne OUI NON

Traitement de substitution aux opiacés ? OUI NON

Si oui lequel ?

- Méthadone

- Buprénorphine

Y'a-t-il mésusage ? OUI NON

Addiction médicamenteuse ? OUI NON

Si oui quel(s) médicament(s) ?

Addiction à d'autres produits ? OUI NON

Si oui lequel ou lesquels ?

Addiction sans produit ? OUI NON Si oui laquelle ?

De quel(s) produit(s) veut se sevrer le patient lors de ce séjour ?

Tabac OUI NON

Alcool OUI NON

Cannabis OUI NON

Cocaïne OUI NON

Héroïne OUI NON

Nom

Prénom

IV. La demande de cure émane (plusieurs réponses possibles)

- Du patient
De son entourage
D'une proposition médicale
De la justice

Merci de demander au patient de remplir la page lettre de motivation en fin de dossier, indispensable à son examen.

V. Histoire de l'addiction à prendre en charge

- Début de l'adolescence
Début de l'âge adulte
Début il y a moins de 5 ans
Début il y a plus de 10 ans
Y a-t-il eu des sevrages physiques antérieurs (hospitalisation <12jours) OUI NON
Ou des sevrages ambulatoires médicalisés ? OUI NON
Y a-t-il eu des cures antérieures (hospitalisation > 21 jours) ? OUI NON

Lieux et dates :

VI. Le patient a-t-il actuellement un suivi spécialisé ? OUI NON

- Psychiatre
Addictologue
Association d'entraide

VII. Répercussions de l'addiction

• **Physiques**

- Délirium tremens OUI NON Ne sait pas
Coma éthylique OUI NON Ne sait pas
Convulsions OUI NON Ne sait pas
Cirrhose OUI NON Ne sait pas
Pancréatite OUI NON Ne sait pas
Troubles cognitifs gênant le quotidien OUI NON Ne sait pas
Polynévrite avec troubles de la marche OUI NON Ne sait pas
Si oui : périmètre de marche : mètres
Montée de marches possibles : NON OUI (nombre d'étages possibles :)

Autres conséquences somatiques :

• **Familiales :**

• **Professionnelles :**

• **Conséquences médico-légales :**

- Retrait ou annulation du permis de conduire ? OUI NON Ne sait pas
Violence à personne OUI NON Ne sait pas
Obligation de soin OUI NON Ne sait pas
Condamnation actuelle OUI NON Ne sait pas
Jugement à venir OUI NON Ne sait pas

Nom

Prénom

VIII. Antécédents psychiatriques :

Tentative d'autolyse sans alcool

Tentative d'autolyse sous emprise alcool

Troubles bipolaires

Troubles anxieux

Trouble de la personnalité

Trouble du comportement alimentaire

Difficulté avec l'alimentation ? NON OUI

Si oui, précisez :

.....

Suivez-vous un régime particulier ?

Hospitalisation en psychiatrie

Date :

Situation psychique actuelle : Stable Instable

Eléments cliniques notables actuels :

IX. Antécédents somatiques :

Poids : Taille : IMC :

• Médicaux :

• Chirurgicaux :

• Le patient présente-t-il une insuffisance hépatique sévère ? OUI NON

• Existe-t-il une altération cognitive sévère ? OUI NON

• Des troubles graves de la mémoire ? OUI NON

• Le patient nécessite-t-il de l'O2 ? OUI NON

X. Autonomie du patient

Le patient est-il capable d'assurer les gestes de la vie quotidienne ? OUI NON

Le patient est-il capable de monter un escalier ? OUI NON

Périmètre de marche limitée ? OUI NON

Si oui combien de mètre :

Le patient est-il capable de comprendre et de

Parler le français sans difficulté ? OUI NON

Existe-t-il un déficit sensoriel (auditif ou visuel) OUI NON

Existe-t-il des restrictions à l'activité sportive ? OUI NON

Si oui, lesquelles :

Nom

Prénom

XI Organisation du sevrage préalable au séjour :

Souhaitez-vous organiser vous-même le séjour hospitalier de sevrage ? OUI NON

Souhaitez-vous que nous organisions le sevrage dans un hôpital proche d'Amboise OUI NON

A quelle date souhaitez-vous faire admettre votre patient ?

XII Difficultés particulières :

Un logement ou un hébergement est-il prévu à la sortie ?

Chez lui Dans sa famille Dans un foyer Autre

Aucun logement à la sortie

Une réadmission dans le service d'origine est-elle prévue ? OUI NON

Si oui, coordonnées de la personne à joindre pour l'organisation du retour :

.....

Le patient bénéficie-t-il d'une mesure de : Tutelle

Curatelle

XIII Traitement actuel : (joindre une copie de la dernière ordonnance)

XIV Derniers résultats biologiques connus : (joindre une copie des résultats).

Sérologies hépatite C :

Sérologies hépatite B :

Sérologies hépatite HIV :

Commentaires éventuels :

Date :

Nom du praticien :

Signature :

LETTRE DE MOTIVATION

Pour mieux personnaliser votre projet thérapeutique, nous vous invitons à remplir ce document le plus précisément possible. Ces informations, soumises au secret médical, resteront confidentielles.

Nom

Prénom

Quelles sont vos motivations à la demande de soins ?



Soins de suite et de réadaptation en addictologie
21, Quai des violettes
37400 AMBOISE
Tél. 02 47 57 21 92 - Fax 02 47 57 66 54
admissions.malvau@elan-retrouve.org
http://centremalvau.fr

FICHE ADMINISTRATIVE DE PRE-ADMISSION CHAMBRE PARTICULIERE

Code de la santé publique Art. R1112-18 R1112-19 R1112-20

Je soussigné(e) :

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Souhaite lors de mon séjour bénéficier d'une chambre particulière **SOUS RESERVE DE DISPONIBILITE**

Et si mon contrat mutuelle prévoit cette prise en charge

Il existe 9 chambres individuelles à Malvau, en fonction des équipements et des disponibilités

*Au **tarif de 30 € ou 55 €** selon confort.*

Les bénéficiaires de la CMU-C, de l'Aide Médicale d'Etat ne peuvent pas prétendre à une chambre particulière.

Ce document ne constitue pas une réservation. La chambre particulière est attribuée suivant les disponibilités.

Le Centre Malvau se réserve le droit de procéder à votre transfert à tout moment de votre séjour, dans une chambre double pour faire face à des impératifs médicaux.

Lu et approuvé,

Date :

Signature :

REGLEMENT INTERIEUR

1. Admission

Dès votre arrivée au Centre Malvau, veuillez-vous présenter à l'INFIRMERIE.

2. Dépôts d'objets de valeur

Pour tout objet de valeur, il est mis à votre disposition au secrétariat un coffre-fort fermé.

3. Voiture

Les personnes arrivées avec leur véhicule doivent le garer sur le parking réservé aux véhicules des patients (vous serez dirigés par un membre du personnel). Votre véhicule restera toute la durée de votre séjour garé sur ce parking. Les clefs et doubles de clefs ainsi que les papiers du véhicule sont à déposer au bureau des admissions.

4. Médicaments

Remettez vos médicaments et ordonnances au personnel soignant dès votre arrivée.

Apportez vos médicaments personnels habituels pour une durée de 24 à 48 heures de traitement.

Durant votre séjour, les médecins de l'établissement sont responsables de votre traitement. Seul le personnel infirmier est habilité à vous distribuer les médicaments.

5. Alcool, toxiques et drogues

Leur introduction et leur consommation sont strictement interdites dans l'enceinte du Centre Malvau. Des contrôles urinaires, salivaires peuvent être réalisés à tout moment (y compris la nuit) à l'initiative des soignants.

En cas de suspicion de détention de produits illicites, de médicaments ou d'alcool, le personnel du Centre MALVAU pourra être amené à faire une fouille des chambres en présence du patient.

Dans tous les cas, une consommation dans l'établissement remettra en question la poursuite des soins.

6. Tabac

Nous vous rappelons que par décret ministériel n° 2006-1386, du 15 novembre 2006, il est interdit de fumer **sous toutes ses formes (y compris la cigarette électronique)** dans l'enceinte de l'établissement, que ce soit dans les chambres, les couloirs, les salles de soins, de réunions, les bureaux, la cuisine, la salle de repas et la cafétéria. **Un espace à l'extérieur est dédié aux fumeurs.**

7. Repas et Alimentation

Les menus équilibrés sont élaborés selon un plan alimentaire et en collaboration avec la diététicienne.

Il est strictement interdit de stocker des denrées périssables dans votre chambre ou sur votre rebord de fenêtre.

Si tel est le cas, ces aliments seront jetés par le personnel.

8. Téléphone

Les téléphones portables sont autorisés dans l'établissement. Ces derniers doivent être éteints pendant les soins, les repas, les activités, de 21h30 à 08h00 de façon générale, à chaque fois que cela est susceptible de gêner le service ou les activités de groupe et les autres patients. Des téléphones sont à votre disposition dans les bâtiments afin que vous puissiez y prendre des appels. Vous pouvez vous faire appeler en dehors des activités.

9. Appareils électriques et électroniques

L'utilisation des appareils électroniques (tablette, pc portable, chargeur de téléphone portable etc....) et électriques (poste de radio, rasoir électrique, épilateur, sèche-cheveux....) est autorisée en dehors des temps thérapeutiques et des repas, dans le respect de la tranquillité de votre voisin(e). L'utilisation des appareils électriques fixes (TV, bouilloire etc....) est strictement interdite pour des raisons de sécurité. La direction décline toute responsabilité pour tous dommages causés à votre matériel durant votre séjour.

10. Tenue vestimentaire

Elle doit être convenable. N'oubliez pas d'apporter vos serviettes et nécessaire de toilette. Le Centre MALVAU, fournit exclusivement les draps et couvertures. Il est interdit de se présenter en robe de chambre dans la salle à manger.

11. Les visites d'une chambre à l'autre sont interdites

12. Le linge

Le linge peut être lavé à la lingerie du Centre Malvau. **L'établissement décline toute responsabilité dans les accidents liés au lavage.**

13. Les visites

Les **visites sont strictement interdites en semaine**. Les visites de votre famille ou de vos proches est autorisée dès le premier week-end. Les visites ont lieu les samedis et dimanches de 9h à 19h (21 h si vos invités dînent avec vous). Les visiteurs sont invités à se présenter à l'infirmerie.

14. Réclamations

Elles peuvent être faites auprès de la directrice ou de son représentant.