

## Modalités d'admission

Toute personne désireuse de se soigner est la bienvenue à demander un dossier de pré-inscription :

### 1ère étape

Prise de contact  
Par téléphone : 04 93 40 69 99  
Par mail : [secretaires.cabris@calme.fr](mailto:secretaires.cabris@calme.fr)

### 2ème étape

Envoi du dossier de pré-inscription complet  
Validation du dossier par la commission d'admission

### 3ème étape

Programmation de la date d'hospitalisation

### 4ème étape

Hospitalisation programmée le mardi matin à partir de 9h00

La procédure d'admission se fait en étroite collaboration avec les correspondants du réseau du CALME et en partenariat avec les médecins prescripteurs de la cure.

L'équipe peut, autant que nécessaire, fournir un soutien psychologique ou un accompagnement pour des démarches administratives préalables.

## Pour venir à Cabris

### ■ Par la route :

Sortir de l'autoroute A8 à CANNES, puis direction GRASSE  
Sortie GRASSE  
Direction sous-préfecture de Grasse  
Direction CABRIS  
A la sortie de CABRIS : route de Spéracèdes (358 avenue de la Plantade)

### ■ Par le train :

Gare de CANNES, prendre le train ou le car pour GRASSE et, au terminus, soit prendre un taxi (5 km) soit le car GRASSE-SAINT- CEZAIRE (ligne B)

### ■ Par l'avion :

Aéroport NICE-Côte d'Azur, puis NICE - GRASSE en car ou taxi (40 km), et GRASSE - CABRIS



Clinique C.A.L.M.E.  
SSR spécialisé en addictologie



**CENTRE DE CURE  
ALCOOLOGIE  
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)

Agréé par la sécurité sociale et les mutuelles  
Etablissement certifié par la haute Autorité de Santé

## L'institution

Le CALME est une clinique de Soins de Suite et Réadaptation spécialisée dans la prise en charge des conduites addictives, conventionnée avec la Sécurité Sociale et les mutuelles.

La Maison est mixte, avec une capacité d'accueil de 45 lits, implantée près d'un petit village (Cabris).

Nous accueillons des personnes en difficulté avec l'alcool et souvent avec des dépendances associées (psychotropes, stupéfiants...) qui souhaitent s'impliquer dans un travail personnel.

Les seules contre-indications sont les pathologies somatiques très lourdes et les pathologies psychiatriques ne permettant pas une implication dans le groupe.

## La cure

- La durée standard de la cure est de cinq semaines (d'un mardi matin à un mardi après-midi).

Elle commence par le sevrage (facilité par une prise en charge médicale) de l'ensemble des produits psychoactifs : alcool, drogues, et médicaments psychotropes dont les patients font un usage addictif.

- A partir du 8<sup>ème</sup> jour, travail en petits groupes :
  - Séances interactives d'information en addictologie,
  - Séances d'apprentissage des techniques de relaxation,
  - Séances de psychothérapie.

- En fin de séjour, nous proposons une orientation vers d'autres intervenants en addictologie pour celles et ceux qui souhaitent consolider leur parcours de soin : médecins, CSAPA, mouvements d'entraide, lieux de post-cure, lieux de vie, etc.

- Après la cure :  
Nous restons disponibles par téléphone, 24h/24 et nous proposons des consultations externes gratuites (sur rendez-vous).

Nous proposons aussi DES SEJOURS DE CONSOLIDATION pour nos anciens curistes qui se sentent fragiles ou traversent des périodes difficiles.



## L'équipe

L'équipe est pluridisciplinaire, d'une trentaine de personnes :

- Médecins addictologues, psychiatre,
- Psychologues cliniciens
- Infirmier(e)s, formé(e)s à la démarche thérapeutique en addictologie.
- L'ensemble du personnel (soignant et non-soignant) a été formé à la prise en charge des conduites addictives et l'accompagnement des patients dans un cadre résidentiel.



## **INFORMATIONS IMPORTANTES** **A LIRE ATTENTIVEMENT**

### **I – AVANT LA CURE**

Afin que votre séjour se déroule dans les meilleures conditions, il est nécessaire de nous envoyer rapidement le dossier de pré-inscription **complet** (voir liste des pièces justificatives).

Pour la partie médicale, si vous êtes également suivi(e) par un psychiatre, merci de lui faire remplir les rubriques qui le concernent, et nous indiquer ses coordonnées (p4 du dossier).

*Si vous habitez proche de la Clinique, nous vous recommandons de venir assister à une réunion générale, qui a lieu tous les jeudis à 14h30.*

Dans tous les cas, nous vous recommandons de prendre connaissance du livret d'accueil de l'établissement, disponible sur notre site internet.

### **II – LA CURE**

L'objectif fondamental de la cure à la Clinique Le CALME est de retrouver un meilleur équilibre de vie. Se libérer des conduites addictives est un moyen (et non une fin en soi) de mener une vie plus satisfaisante.

La durée standard de la cure est de 36 jours. **Pensez à organiser votre transport aller et retour : entrée le mardi impérativement avant 12 h et la sortie 36 jours après le mardi à partir de 13h30.**

Si vous souhaitez prolonger votre prise en charge dans un autre établissement, penser à réaliser vos demandes d'admission avant votre entrée à la Clinique Le CALME.

Dans certains cas, l'hospitalisation au sein de notre établissement peut être prolongée.

Les principaux outils thérapeutiques que nous vous proposerons sont :

- La thérapie institutionnelle : cadre, mode de fonctionnement, réunions, favorisant la maturation de la personne.
- Les séances d'information : connaissance des mécanismes de la dépendance, conduites à tenir, etc.
- La relaxation (exercices de maîtrise psychosomatique) : apprentissage du bien-être et de la maîtrise des situations anxieuses.
- La psychothérapie de groupe.

### **III – LE CONTRAT D'EFFICACITE THERAPEUTIQUE**

Le contrat que nous passons avec vous ne comporte que trois engagements, mais ils sont formels :

- Ne pas consommer une goutte d'alcool pendant la cure, ni de médicament psychotrope auto prescrit ni de drogue illégale ;
- Ne pas avoir de relation amoureuse avec un(e) pensionnaire pendant la durée de la cure ;
- Respecter l'organisation des sorties.

Chaque jeudi, lors de notre réunion institutionnelle, nous rappelons à chacun les objectifs de la cure et le programme thérapeutique.

Nous prendrons le temps de vous expliquer pourquoi le non-respect de l'un de ces trois engagements compromet le déroulement de votre cure.

Une de ces trois ruptures de contrat entraîne le départ immédiat de la personne concernée, sous son entière responsabilité.



**CLINIQUE LE CALME**  
**SSR SPECIALISE EN ADDICTOLOGIE**  
**358, AV DE LA PLANTADE – 06530 CABRIS**  
**TEL : 04.93.40.69.99 – FAX : 04.93.60.51.82**  
[www.calme.fr](http://www.calme.fr)

## **DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION HOSPITALISATION COMPLETE**

### **IV – PARTICULARITES DE LA CURE**

Il est nécessaire de consulter, chaque matin, le planning de la semaine, afin de se tenir prêt à participer aux activités thérapeutiques et aux visites médicales.

Les appels de l'extérieur ne sont pas passés aux pensionnaires, mais les messages sont bien évidemment transmis : l'autonomie et le non-dérangement des curistes sont préservés en leur laissant le choix d'appeler leur famille quand bon leur semble.

Les visites sont strictement limitées au jeudi après-midi (de 13h30 à 17h45) ; les visiteurs peuvent déjeuner sur place en réservant à l'avance ; la réunion générale étant le seul moment propice à l'ouverture sur l'extérieur, les visiteurs peuvent y participer mais ne peuvent en dispenser un pensionnaire.

Nous vous incitons à ne pas vous laisser trop envahir par l'usage des portables, des ordinateurs, des lecteurs de musique, etc.

Vous aurez la possibilité de conserver votre téléphone portable à votre arrivée sous certaines conditions : il sera mis sur silencieux à l'arrivée et ce durant tout le séjour. L'usage du téléphone est interdit au sein de l'établissement, y compris sur les terrasses. Il est interdit de faire usage du téléphone pendant l'ensemble des séances thérapeutiques et pendant tous les repas. L'usage du téléphone n'est pas autorisé entre 23h et 7h du matin.

Il vous faudra prévoir :

- Un peu d'argent pour votre vie quotidienne ;
- Du linge de toilette (**prévoir aussi un drap de bains** pour les séances de relaxation).
- Des produits de toilette sans alcool ;
- Des chaussures confortables pour vos sorties dans les proches alentours de l'établissement.
- Des boules Quies.
- Concernant le linge, une machine à laver et un sèche-linge sont disponibles, sur un fonctionnement à jeton (5€) pour un cycle complet, lessive comprise.

**MEME SI VOUS N'ETES PAS ENCORE SEVRE, MERCI DE NE PAS VOUS PRESENTER LE JOUR DE  
L'ADMISSION SOUS UNE FORTE EMPRISE DE PRODUITS (ALCOOL, DROGUES, ETC).  
CETTE SITUATION POURRAIT NOUS AMENER A REFUSER VOTRE ADMISSION.**



**CLINIQUE LE CALME**  
**SSR SPECIALISE EN ADDICTOLOGIE**  
358, AV DE LA PLANTADE – 06530 CABRIS  
TEL : 04.93.40.69.99 – FAX : 04.93.60.51.82  
[www.calme.fr](http://www.calme.fr)

## DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION HOSPITALISATION COMPLETE

**L'accueil téléphonique est à votre disposition pour toute question sur la constitution de votre dossier, du lundi au vendredi de 9h-12h et de 13h30-17h**

Madame, Monsieur,

Merci d'envoyer le présent **dossier complet** en **1 seul envoi** avec les documents suivants :

- Fiche de **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX** (p6 à 11) à faire remplir par votre médecin et par votre psychiatre (si vous en avez un)
- COPIE DE VOTRE ORDONNANCE la plus récente**, si vous avez un traitement médicamenteux en cours
- BILAN BIOLOGIQUE DE MOINS DE 1 MOIS** : cf. ordonnance p13
- COMPTE RENDUS HOSPITALIERS** antérieurs **addictologiques et/ou psychiatriques**
- EXAMENS COMPLEMENTAIRES** et **comptes-rendus hospitaliers ou de consultation pour toute comorbidité nécessitant un suivi** ou une attention particulière pouvant impacter la prise en charge, notamment cardiovasculaire, gastro-entérologique, et neurologique
- Fiche de **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS** (p1 à 4)
- PIECE D'IDENTITE** : photocopie **recto-verso** (carte d'identité, passeport, titre de séjour *ou à défaut*, permis de conduire)
- ATTESTATION D'OUVERTURE DE DROITS** du régime obligatoire (de moins de 3 mois)
- CARTE DE MUTUELLE** ou de **CSS** à jour : photocopie **recto-verso** (nous demanderons la Prise En Charge à votre mutuelle)
- CHEQUE DE CAUTION** de 978,32 €, encaissé si refus de prise en charge de votre mutuelle (non nécessaire si CSS ou régime local Alsace Moselle)
- ENVELOPPE AFFRANCIE AU TARIF EN VIGUEUR (C5/6 20gr)** que vous pourrez acheter dans votre bureau de poste (ne rien indiquer sur l'enveloppe)
- JUGEMENT DE TUTELLE OU CURATELLE** le cas échéant
- IMPRIME VERT** « demande d'accord préalable pour admission en service de soins » (p12) : à faire remplir par votre médecin traitant et à nous retourner

**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.**

L'équipe de la Clinique Le Calme



## DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION HOSPITALISATION COMPLETE

Nom : .....	Prénom : .....	Age : .....
-------------	----------------	-------------

### I - RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

#### **A REMPLIR PAR LE PATIENT**

**NOM :** .....

**Nom de naissance :** .....

**Prénoms :** .....

**Sexe (H/F) :** ..... **Nationalité :** .....

**Date de naissance :** ..... **Lieu de naissance :** .....

**Adresse :** ..... **Portable :** .....

..... **Fixe :** .....

**Ville :** ..... **Mail :** .....

**Avez-vous déjà fait une cure au CALME ?**       à Cabris       à Illiers       Non concerné

**Situation actuelle :**

En activité     Demandeur d'emploi     RSA     Autre     Maladie

Profession : .....      → Précisez : .....

**Situation actuelle :**

Marié(e)     Célibataire     Concubinage     Divorcé(e)     Veuf (ve)

**Nombre d'enfant(s) :** .....

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

**Etes-vous actuellement sous tutelle ou curatelle ?**       Oui       Non

**Personne à prévenir en cas de besoin :**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Lien de parenté :** ..... **N° de téléphone :** .....

**Adresse :** .....

**Mail :** .....

Avec votre accord, un courrier de sortie sera adressé au(x) médecin(s) de votre choix, vous pouvez remplir leurs coordonnées p4.



**DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION  
HOSPITALISATION COMPLETE**

Nom : .....	Prénom : .....	Age : .....
-------------	----------------	-------------

<b>A REMPLIR PAR LE PATIENT</b>	<b>DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE</b>
---------------------------------	--

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.**

Je soussigné(e),

**NOM** : .....

**Nom de naissance** : .....

**Prénoms** : .....

**Date de naissance** : ..... **Lieu de naissance** : .....

**Adresse** : ..... **Portable** : .....

**Ville** : ..... **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 :**

**NOM** : .....

**Nom de naissance** : .....

**Prénoms** : .....

**Date de naissance** : ..... **Lieu de naissance** : .....

**Adresse** : ..... **Portable** : .....

**Ville** : ..... **Mail** : .....

**Cette personne, légalement capable, est :**

Mon médecin traitant     Un proche     Un parent – 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 de la  
personne de confiance :



**CLINIQUE LE CALME**  
**SSR SPECIALISE EN ADDICTOLOGIE**  
**358, AV DE LA PLANTADE – 06530 CABRIS**  
**TEL : 04.93.40.69.99 – FAX : 04.93.60.51.82**  
[www.calme.fr](http://www.calme.fr)

## DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION HOSPITALISATION COMPLETE

Nom : ..... Prénom : ..... Age : .....

### A REMPLIR PAR LE PATIENT

### PRISE EN CHARGE FINANCIERE

#### NOM DE VOTRE CAISSE MALADIE :

Adresse du centre dont dépend l'assuré : .....  
.....  
.....

N° SECURITE SOCIALE : .....

#### MUTUELLE :

NOM : .....

Adresse du bureau dont dépend le sociétaire : .....  
.....  
.....

#### DANS TOUS LES CAS

**Avec ou sans mutuelle, nous demandons impérativement avant l'entrée 1 chèque de caution de 978,32€ à l'ordre de la Clinique LE CALME à joindre à votre dossier.**

Je m'engage à régler la somme de 978,32 euros en cas de non-paiement par la mutuelle ou en cas d'absence de tiers payant.

#### Signature :

Joindre impérativement les photocopies recto verso de vos **Attestation de Sécurité Sociale de moins de 3 mois, CSS ou mutuelle.**

Lors de votre entrée à la Clinique : apportez votre **CARTE VITALE**, votre **CARTE MUTUELLE**, et votre **CARTE D'IDENTITE**

**Le CALME ne prend pas en charge les frais de transport liés à l'hospitalisation (entrée et sortie).**

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.



**CLINIQUE LE CALME**  
**SSR SPECIALISE EN ADDICTOLOGIE**  
358, AV DE LA PLANTADE – 06530 CABRIS  
TEL : 04.93.40.69.99 – FAX : 04.93.60.51.82  
[www.calme.fr](http://www.calme.fr)

## DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION HOSPITALISATION COMPLETE

Nom : .....	Prénom : .....	Age : .....
-------------	----------------	-------------

### A REMPLIR PAR LE PATIENT

### COORDONNES DES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE

Merci de renseigner les coordonnées de vos praticiens afin de pouvoir éventuellement les contacter :

#### MEDECIN TRAITANT

Nom, prénom : .....  
Adresse : .....  
Tel : .....  
E-mail : .....

#### MEDECIN PSYCHIATRE

Nom, prénom : .....  
Adresse : .....  
Tel : .....  
E-mail : .....

#### MEDECIN SPECIALISTE D'ORGANE (le cas échéant, ex : gastro-entérologue, cardiologue)

Nom, prénom : .....  
Spécialité : .....  
Adresse : .....  
Tel : .....  
E-mail : .....

#### STRUCTURE D'ADDICTOLOGIE AMBULATOIRE (CSAPA, CAARUD, Hôpital de jour, etc.)

Nom de la structure : .....  
Nom, prénom du médecin responsable : .....  
Adresse : .....  
Tel : .....  
E-mail : .....

#### PHARMACIE D'OFFICINE

Nom : .....  
Adresse : .....  
Tel : .....





Nom : .....	Prénom : .....	Age : .....
-------------	----------------	-------------

## II – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Faire remplir toutes les rubriques par votre médecin traitant, votre psychiatre, votre addictologue ou le médecin hospitalier si vous êtes hospitalisé.

*Cher confrère, chère consœur,*

*Afin d'optimiser la pertinence du séjour et d'en réduire les risques, il est important de disposer d'informations préalables les plus précises possibles. Ce type de prise en charge nécessite donc, outre un minimum de motivation, que l'état somatique et/ou cognitif soit compatible avec le programme thérapeutique proposé.*

*Nous vous remercions de votre aide.*

*Les médecins de la Clinique Le CALME.*

**Le dossier doit être complet pour être remis à l'équipe médicale. Merci de remplir le dossier de la façon la plus précise possible afin de ne pas allonger son temps de traitement ou de voir le dossier retourné.**

**L'équipe du CALME tient à préciser que durant la cure :**

- **Il ne sera pas possible d'honorer des rendez-vous de spécialité programmés en amont de la cure** pour divers suivis ou bilans non en lien avec la cure. Ces rendez-vous devront être reportés après la cure, sinon la date d'entrée en cure pourra être reportée afin de laisser au patient le temps de réaliser ses examens indispensables. Nous remercions donc le patient de **nous informer de tout rendez-vous médico-chirurgical indispensable et non déplaçable** afin de programmer la cure après ces rendez-vous.
- **Tous les produits psychoactifs seront arrêtés** (en dehors des traitements de fond psychiatriques, des TSO, des antalgiques nécessaires au traitement de la douleur).  
**Cela inclut le CBD, qui n'est pas autorisé au sein de la structure.**  
**Les benzodiazépines ne sont utilisées qu'en début de séjour pour la bonne réalisation du sevrage, puis arrêtées.**
- **La posologie des TSO ne sera pas modifiée. Nous ne réalisons pas de sevrage TSO, héroïne, morphine ou tout autre opiacé.**

*NB : Il est demandé au patient de réaliser ses **soins dentaires** avant d'entrer en cure (réveil des douleurs fréquent à l'arrêt des produits/ consultations dentaires rarement possibles durant la cure).*



**DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION  
HOSPITALISATION COMPLETE**

Nom : .....	Prénom : .....	Age : .....
-------------	----------------	-------------

<b>A REMPLIR PAR LE MEDECIN</b>	<b>ANTECEDENTS ADDICTOLOGIQUES</b>
---------------------------------	------------------------------------

Joindre les comptes rendus en votre possession ou demander au patient de les fournir.

- Est-ce que le patient a déjà effectué un séjour à la clinique Le CALME Cabris ?  
 OUI       NON
  
- Autres antécédents de **cure ou d'hospitalisation pour sevrage** (date et lieu) :  
.....  
.....  
.....  
.....
  
- Est-ce que le patient dispose **actuellement** d'une prise en charge **addictologique ambulatoire** en structure spécialisée (CSAPA, CARRUD, Hôpital de jour, ELSA, etc.) ou avec un **praticien de ville** (addictologue, psychiatre, IDE, installés en ville) ? Si oui, laquelle ? Depuis combien de temps ?  
.....  
.....  
.....
  
- Est-ce que le patient a bénéficié d'une prise en charge **addictologique ambulatoire par le passé** (en structure ou en ville) ? Si oui, laquelle ? Quelle durée ? Interrompue à quelle date ?  
.....  
.....  
.....
  
- Est-ce que le patient dispose d'une prise en charge **associative** (ex : alcooliques anonymes) ?  
.....  
.....
  
- Existe-t-il chez le patient, une ou plusieurs addictions comportementales (jeu, sexe, écrans, etc. **dont troubles du comportement alimentaire**) ? Si oui, précisez.  
.....  
.....
  
- Est-ce que le patient a déjà présenté un ou plusieurs **accidents de sevrage** ?  

<b>Epilepsie</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>Délirium tremens</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
  
- Est-ce que le patient a déjà présenté un ou plusieurs **traumatismes crâniens graves** ?  
 OUI       NON



## DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION HOSPITALISATION COMPLETE

Nom : .....	Prénom : .....	Age : .....
-------------	----------------	-------------

- **Produits consommés (merci d'être le plus précis possible) :**

A REMPLIR PAR LE MEDECIN	Cocher le niveau de consommation actuel pour chaque produit consommé				QUANTITE MOYENNE CONSOMMEE ET FREQUENCE
	Dépendance	Usage régulier	Usage occasionnel festif	ATCD de consommation (sevrage consolidé)	
Alcool					
Cannabis/CBD					
Cocaïne sniffée					
Cocaïne fumée (=crack/free base)					
Cocaïne injectée					
Benzodiazépines					
Opiacés*					
Drogues de synthèse ou psychostimulants ou hallucinogènes					

\* **Opiacés** = Héroïne/ Morphine/ Oxycodone/ Tramadol/ Codéine/ Opium/ Méthadone ou subutex de rue.  
Si ordonnance de TSO préciser ci-dessous.

- **Le patient prend-il un TSO** (traitement de substitution aux opiacés = **METHADONE** ou **SUBUTEX**) ?  
**JOINDRE L'ORDONNANCE**
  - Nom du traitement : .....
  - Posologie : .....
  - Galénique (gélule, sirop, comprimé sublingual, etc) : .....
  - Depuis quand ? .....
  - Qui renouvelle la prescription (CSAPA, médecin traitant) ? .....
  - Existe-t-il un mésusage du TSO, ou des consommations d'héroïnes ou opiacés en parallèle du TSO ?  
(précisez) : .....



## DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION HOSPITALISATION COMPLETE

Nom : .....	Prénom : .....	Age : .....
-------------	----------------	-------------

Cadre à disposition du **MEDECIN** ou du **PATIENT** permettant de **préciser les consommations de produits actuelles ou passées**, et d'apporter des **détails** sur la **problématique principale et les objectifs visés** pour chaque produit (réduction des risques ou abstinence) ainsi que la motivation.

**IL EST RECOMMANDE DE DECLARER TOUS LES PRODUITS CONSOMMES AFIN DE PROGRAMMER UN SEVRAGE EN TOUTE SECURITE.**



## DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION HOSPITALISATION COMPLETE

Nom : .....	Prénom : .....	Age : .....
-------------	----------------	-------------

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN

### ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX

Joindre les comptes rendus en votre possession ou demander au patient de les fournir.

Précisez, pour les pathologies principales, et si elles sont évolutives/ stabilisées/ en cours d'exploration/ potentiellement handicapantes pour la cure, ainsi que le stade et le spécialiste qui assure le suivi.

Poids actuel : ..... Poids habituel (si différent) : ..... Taille : .....

- ATCD digestifs (notamment cirrhose/ pancréatite) :

.....  
.....  
.....

- ATCD neurologique (notamment troubles cognitifs/ polyneuropathie/ épilepsie hors sevrage) :

.....  
.....  
.....

- ATCD endocrinologiques (notamment diabète) :

.....  
.....  
.....

- ATCD cardiovasculaires :

.....  
.....  
.....

- ATCD infectiologiques (VIH, VHC, VHB) :

.....  
.....  
.....

- Autres ATCD :

.....  
.....  
.....

- Traitements somatiques : (Joindre l'ORDONNANCE)

.....  
.....  
.....

- Allergies :

.....  
.....  
.....



## DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION HOSPITALISATION COMPLETE

Nom : .....	Prénom : .....	Age : .....
-------------	----------------	-------------

### A REMPLIR PAR LE PSYCHIATRE/MEDECIN

### ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

A faire remplir par le **psychiatre**, si suivi psychiatrique en cours, sinon par le médecin traitant ou référent.

Joindre les comptes rendus en votre possession et **une ORDONNANCE récente** des traitements.

- Existe-t-il une pathologie psychiatrique prévalente à l'addiction ? (Précisez)

.....  
.....  
.....  
.....

- ATCD d'hospitalisation en psychiatrie (motif, date, établissement) :

.....  
.....  
.....

- ATCD de décompensation de la maladie ? (Précisez)

.....  
.....  
.....

- ATCD de tentatives de suicide ? (Précisez la date, le moyen)

.....  
.....  
.....

- Quel est l'état psychique actuel du patient ?

.....  
.....  
.....

- La psychothérapie de groupe est-elle une contre-indication au vu de la structure psychique ?

(Risque de décompensation)

OUI       NON

- Traitement psychiatrique en cours :

.....  
.....  
.....  
.....



**DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION  
HOSPITALISATION COMPLETE**

Nom : ..... Prénom : ..... Age : .....

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN** **AUTONOMIE DU PATIENT**

**GRILLE DE DEPENDANCE** (cocher la case correspondant au niveau de dépendance pour chaque item)

	1 Indépendance complète	2 Supervision Arrangement	3 Assistance partielle	4 Assistance totale
<b>TOILETTE</b> (Inclut hygiène personnelle, soins, apparence)				
<b>HABILLAGE</b> (Inclut l'habillement du haut et du bas du corps)				
<b>DEPLACEMENTS</b> Locomotion (à pied)				
<b>ALIMENTATION</b>				
<b>CONTINENCE</b> (Vésicale et intestinale)				
<b>COMPORTEMENT/ RELATIONEL</b> Inclut la compréhension et l'expression				

- Le patient bénéficie-t-il d'un passage IDE régulier à domicile (aide à la toilette, pilulier, distribution, etc.) ? Si oui, merci de préciser le motif.

.....  
.....

- Le patient est-il en mesure de s'allonger au sol et de se relever seul, et de monter un étage à pied ?  
 OUI     NON

- Le patient se déplace-t-il avec une canne, une béquille, ou un fauteuil roulant ? (si oui, précisez)

.....  
.....

- Précisez si le patient présente un handicap nécessitant des aménagements durant son séjour (ex : lit médicalisé, aide à la toilette, cécité, surdité, etc).

.....  
.....

**MEDECIN DEMANDANT LA CURE**

Nom, prénom : .....

Spécialité : .....

Adresse : .....

Tél : ..... N° RPPS : .....

E-mail : .....

Date : .....

Tampon et signature du médecin :

ASSURANCE MALADIE

DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE  
POUR ADMISSION EN SERVICE DE SOINS

VOLET N°1  
destiné au  
Médecin-Conseil  
(service administratif)

(Article R. 166-3 du Code de la Sécurité sociale)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION (1)

NOM-Prénoms (sans et/ou à lieu du cas de l'époux)

ADRESSE

ORGANISME D'AFFILIATION (1)

SITUATION DE L'ASSURÉ(E) A LA DATE DE LA DEMANDE :

ACTIVITÉ SALARIÉE     ACTIVITÉ NON SALARIÉE     PENSIONNÉ(E)

SANS EMPLOI ▶ Date de cessation d'activité

AUTRE CAS ▶ Lequel

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURÉ(E) :

NOM-Prénoms (sans et/ou à lieu du cas de l'époux)

DATE DE NAISSANCE

LIEN AVEC L'ASSURÉ(E)     Conjoint     Enfant     Autre membre de la famille

Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)

Exerce-t-il habituellement une activité professionnelle ou est-il titulaire d'une pension  OUI     NON

S'agit-il d'un ACCIDENT  OUI     NON    Si oui, liste de cet accident :

Si le malade est PENSIONNÉ DE GUERRE et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

(1) SE REPORTER À LA CARTE D'ASSURÉ SOCIAL

La loi rend possible d'obtenir et/ou d'emprisonnement qu'onque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations (article L. 377-1 du Code de la Sécurité sociale, L. 411-1 du Code pénal)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Signature de l'assuré(e)

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN-CONSEIL

NOM et ADRESSE de l'ÉTABLISSEMENT  SSR CLINIQUE LE CALTE  
358 avenue de la Plantade  
06530 CABRIS

Catégorie :

AVIS SUR LE PLACEMENT  DÉFAVORABLE     FAVORABLE, pour une durée de

CONTRE-INDICATIONS

EXONÉRATION TICKET MODÉRATEUR  article L. 324-1     article L. 322-3.3°     article L. 322-3.4°

EXONÉRATION FORFAIT JOURNALIER  OUI     NON

DATE :

Signature et cachet du médecin

SARLEPIN - UCANSS - Edition 11/2015

CNAMTS 619-1-86

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN TRAITANT

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

Je prescris le placement de Mme, Mlle, M.

dans l'établissement ou le service suivant  SSR CLINIQUE LE CALTE

pour une durée de  36 jours

Ce placement est-il en rapport avec un acte ou une série d'actes dont le coefficient global est égal ou supérieur à 50 ?  OUI     NON    Date de l'intervention  date d'entrée

Renseignements médicaux justifiant la présente demande (état du malade, examens cliniques et complémentaires, traitement médical et chirurgical)

Signature et cachet du médecin

Fais le :

à



Le ...../...../.....

**Merci de bien vouloir réaliser la prise de sang (à jeun) suivante :**

- NFS, plaquettes
- Transaminases
- Gamma GT
- TP
- Bilirubine totale
- EAL
- Glycémie à jeun
- Vitamine D
- TSH
- Créatinine, clairance de la créatinine
- Ionogramme (Na, K, Cl)
- Acide folique
- Albumine
- Ferritinémie
- Sérologies : HIV1 HIV2, AgHBs, Ac anti-HVBc, Ac anti-HVC (Si positif, faire ARN+ génotype)
- Recherches de toxiques urinaires si traitement substitutif en cours (subutex, méthadone)

**Merci de transmettre une copie à la Clinique Le CALME – 358 avenue de la Plantade – 06530 CABRIS.  
Fax : 04.93.60.51.82 ou MAIL : [secretaires.cabris@calme.fr](mailto:secretaires.cabris@calme.fr)**

Tampon et signature du médecin