

Conditions d'admission:

Questionnaire médical de préadmission à faire compléter par votre médecin traitant ou éventuellement par l'un des médecins de la clinique Le CALME.

Un entretien préliminaire avec la coordinatrice permettra d'évaluer vos attentes et la qualité de la prise en charge que nous pourrions vous proposer.

Les outils thérapeutiques

- Consultations psychologiques et prise en charge psychothérapeutique
- Groupe de parole
- Séances de relaxation, sophrologie
- Séances d'information et d'éducation thérapeutique
- Qi jong
- Atelier photo langage/humeur du jour
- Mutualisation des expériences et des stratégies de soin.
- Entretiens individuels médicaux et infirmiers



Clinique Le CALME
SSR spécialisé en addictologie



HOPITAL DE JOUR
ADDICTOLOGIE

358 avenue de la plantade

06530 CABRIS
Tél. : standard : 04 93 40 69 99
HDJ: 07 49 52 62 39
Fax : 04 93 60 51 82
Mail : hdj.cabris@calme.fr
Site : www.calme.fr

La clinique Le CALME est un établissement d'hospitalisation complète et d'hospitalisation de jour (HDJ) spécialisé en addictologie.

L'HDJ est un mode de prise en charge, en ambulatoire, qui vous permet de venir au sein de la structure sur des séquences d'une demi-journée dans lesquelles il vous sera proposé un programme thérapeutique en fonction d'objectifs construits avec votre participation.

Nous pourrions vous proposer;

Une aide et un accompagnement au sevrage en lien avec votre médecin ;

Une aide à la consommation contrôlée;

Une aide à la réduction des risques et des dommages.

Une aide et une évaluation à la mise en place d'un parcours et de stratégie de soin.

La prise en charge peut se faire sur une durée de 6 mois, renouvelable.

Pour se rendre à la clinique CALME à Cabris:

En voiture (10 minutes en partant de Grasse)

En bus (ligne B, Arrêt « Le Calme », juste devant l'établissement

En VSL ou taxi conventionné si besoin

L'équipe thérapeutique est composée de :

- Médecins:
- Psychologues
- Infirmiers
- Personnel administratif
- Pharmacienne

Responsable de l'HDJ:

Alexia DEREPA



CLINIQUE CALME
SSR SPECIALISE EN ADDICTOLOGIE

358 avenue de la Plantade – 06530 Cabris
Tél. 04 93 40 69 99 Fax 04 93 60 51 82
e-mail : secretaires.cabris@calme.fr

Madame, Monsieur,

L'accueil téléphonique au 04 93 40 69 99 est à votre disposition pour toute question sur la constitution de votre dossier

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

- Fiche de **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX** accompagnée d'un **BILAN BIOLOGIQUE** de moins de 1 mois
 - A **faire remplir par votre médecin-traitant** et par votre **psychiatre** (si vous en avez un)

- IMPRIME VERT** « demande d'accord préalable pour admission en service de soins »
 - A **faire remplir par votre médecin traitant** et à **nous retourner**

- LETTRE « SUIVIE » AFFRANCHIE AU TARIF EN VIGUEUR (pour 50gr)** que vous pourrez acheter dans votre bureau de poste / Ne rien indiquer sur l'enveloppe

- COPIE DE VOTRE ORDONNANCE la plus récente** si vous avez un traitement médicamenteux en cours

- Fiche de **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS** remplie et accompagnée d'une **ATTESTATION D'OUVERTURE DE DROITS** (de moins de 3 mois)

- PIECE D'IDENTITE** : Photocopie recto-verso (carte d'identité, passeport ou permis de conduire)

- CARTE DE MUTUELLE** ou de CMU à jour : Photocopie **recto-verso**
 - Nous demanderons la Prise en charge à votre mutuelle

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.

Isabelle et Eveline



CLINIQUE CALME
SSR SPECIALISE EN ADDICTOLOGIE

358 avenue de la Plantade – 06530 Cabris
Tél. 04 93 40 69 99 Fax 04 93 60 51 82
<https://www.calme.fr>

Renseignements Administratif : HDJ clinique LE CALME

Nom : Nom de jeune fille.....
Prénom : Nationalité.....
Sexe : H F
Date et lieu naissance.....portable.....
mail.....@.....
Adresse.....
.....

Situation familiale :

- célibataire concubinage marié (e) séparé (e) divorcé (e)
 veuf (e) pacsé (e)

Nombre d'enfant (s) :

Situation professionnelle :

Profession :
 Retraite sans activité en activité demandeur d'emploi maladie

Ressources :

- salaire RSA indemnité journalière AAH retraite
 Assedic maladie
 Autres (préciser) :

Logement :

- Propriétaire locataire foyer sans domicile en cours
 hébergé (e) (préciser).....

Mesure de protection :

- Tutelle curatelle mesure en cours

Couverture sociale :

- Régime général régime particulier
 CPAM CMU PUMA AME

Adresse du centre dont dépend l'assuré :

.....

Moyen de transport pour venir en HDJ :

- voiture personnelle bus VSL accompagnement par un proche

Couverture complémentaire :

- CMU aucune mutuelle (préciser le nom et l'adresse du bureau dont dépend le sociétaire)

.....

Personne de confiance :

.....

Personne à prévenir :

.....

Pièce à fournir :

Photocopies recto verso de :

- Attestation d'ouverture de droits à la caisse de régime obligatoire (datée de moins de 3 mois)
 CMU ou Mutuelle
 carte vitale
 carte d'identité

	CLINIQUE LE CALME SSR SPECIALISE EN ADDICTOLOGIE	
	NATURE DU DOCUMENT : DOCUMENT DE FONCTIONNEMENT DOMAINE : HDJ DF	REF : 01 VERSION : 02
CHARTRE DE FONCTIONNEMENT		
DATE DE DIFFUSION POUR APPLICATION : 12 OCTOBRE 2020		PAGE 1/3

L'hôpital de jour est ouvert selon les horaires définis dans le livret d'accueil de l'établissement.

Respect du programme :

Un dossier médical et administratif de préadmission devra être rempli.

La prise en charge se fait sur une base dont le rythme et le nombre sont déterminés en début de séjour. La durée du projet est déterminée et périodiquement revue avec l'équipe.

Vous vous engagez à suivre ce programme tout au long de votre hospitalisation. Votre présence est obligatoire à toutes les séances.

Un planning vous sera transmis et expliqué.

Règles de vie quotidienne et organisation du service d'hospitalisation :

Nous vous demandons de respecter les horaires d'arrivée à l'HDJ et les horaires définis dans votre planning (activités, examens médicaux, entretiens individuels avec l'infirmière et ou le psychologue).

Continuité des soins :

Même en dehors des horaires d'ouverture de l'Hôpital de jour, la continuité des soins est assurée par l'ensemble du personnel du service d'hospitalisation complète. Le patient peut donc se rapprocher de l'établissement à tout moment.

Animaux :

Par mesure d'hygiène, les animaux sont strictement interdits.

Alcool, produits psychotropes :

L'introduction dans l'établissement de boissons alcoolisées ou de produits psychotropes est formellement interdite.

Il est interdit de consommer au sein de l'établissement tout produit illicite ou interdit (drogue, boissons alcoolisées,...)

Denrées alimentaires:

Il est strictement interdit d'introduire et de consommer des denrées alimentaires autres que celles fournies par l'établissement.

Tabac :

Il est strictement interdit de fumer (y compris les cigarettes électroniques) dans l'enceinte de l'établissement (article R. 3511-7 du Code de la Santé Publique). Tout contrevenant s'expose à des sanctions.

Médicaments :

Aucun traitement ne sera remis par les infirmières, sauf exception discutée collégalement par l'équipe. Il est strictement interdit: d'introduire et de consommer des médicaments non autorisés par les médecins.

Consignes incendie :

Des plans d'évacuation et des consignes en cas d'incendie sont affichés dans l'établissement. Prenez en connaissance à votre arrivée. En cas d'incendie, il vous est demandé d'attendre les consignes du personnel formé à cet effet.



CHARTRE DE FONCTIONNEMENT

DATE DE DIFFUSION POUR APPLICATION : 12 OCTOBRE 2020

PAGE 2/3

Respect des locaux :

Il est impératif de respecter le bon état des lieux et du matériel. Toute détérioration abusive entraîne la facturation des dégâts, et selon le cas, l'exclusion même de l'établissement.

Il est rappelé au patient qu'il est responsable des dégâts ou accidents qui pourraient être occasionnés par le matériel personnel qu'il utiliserait au sein de l'établissement.

Il vous est demandé de respecter la propreté des lieux tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'établissement.

Objets de valeur:

Il est demandé aux patients de ne pas amener d'objet de valeur. L'établissement décline toute responsabilité concernant les pertes, vols ou disparitions qui pourraient être commis.

Parking :

L'établissement décline toute responsabilité en cas de dégradation des véhicules qui stationnent sur le parking.

A savoir: Les traitements psychotropes et la consommation de substance psychoactives peuvent diminuer la vigilance et rendre la conduite dangereuse.

Tenue vestimentaire :

Le port d'une tenue vestimentaire correcte est exigé.

Téléphone portable :

L'usage du téléphone portable n'est pas autorisé lors des activités. Pour le confort de tous, il est interdit de téléphoner dans l'ensemble des locaux communs.

Visite :

Les visites sont interdites dans les locaux de l'hospitalisation de jour. Les familles et l'entourage peuvent être reçus sur rendez-vous.

Respect des personnes :

Il est demandé au patient de respecter toute personne se trouvant dans l'établissement et les consignes formulées par le personnel de l'établissement.

Il est demandé au patient de respecter le calme et la tranquillité des séances ainsi que d'appliquer les consignes des différents intervenants. Il convient également de respecter la confidentialité des informations transmises durant les séances.

Le patient peut également signaler toute anomalie survenue au cours de son séjour à l'accueil.

Dans le cas du non-respect du règlement intérieur, la direction en collaboration avec les médecins se réserve le droit de toute sanction voir d'exclusion de l'établissement.

Plaintes et réclamations :

Le patient ou son représentant légal peut :

- Demander à tout moment l'accès au dossier médical.
- Rédiger une réclamation ou une plainte
- Obtenir des précisions sur le droit à l'information
- Obtenir les coordonnées des représentants des usagers ou être mis en lien avec l'un d'entre eux.

Fin de prise en charge :

F:\DOCUMENTATION QUALITE\M. PRISE EN CHARGE\Hôpital de jour

	CLINIQUE LE CALME SSR SPECIALISE EN ADDICTOLOGIE	
	NATURE DU DOCUMENT : DOCUMENT DE FONCTIONNEMENT DOMAINE : HDJ DF	REF : 01 VERSION : 02
CHARTRE DE FONCTIONNEMENT		
DATE DE DIFFUSION POUR APPLICATION : 12 OCTOBRE 2020		PAGE 3/3



Toute décision de fin de prise en charge est prise d'un commun accord avec le patient. Dans le cas où le patient n'adhérerait pas au projet de soins ou transgresserait les règles de fonctionnement et de sécurité, l'interruption de son accueil peut-être décidée par l'équipe thérapeutique.

Votre régularité dans les soins est un des éléments prépondérants pour atteindre vos objectifs.

Une absence non justifiée où l'établissement n'est pas mis au courant peut entraîner une sortie administrative. Il vous est demandé de signaler toute absence ou retard dans les plus brefs délais.

Si vous n'êtes pas encore sevré, merci de ne pas vous présenter sous une trop forte emprise de produits, cette situation pourrait nous amener à refuser votre admission.

Nous vous remercions de bien vouloir respecter l'ensemble de ces règles.

Indice version	Nature de la modification	Nom /Fonction	Date	Visa	Date d'application
01	création	S. LHOTE /RAQ	12/10/2020		12/10/2020
		Validé par la CME	16/11/2020		



CLINIQUE LE CALME
SSR SPECIALISE EN ADDICTOLOGIE

358 avenue de la Plantade – 06530 Cabris
Tél. 04 93 40 69 99 Fax 04 93 60 51 82
<https://www.calme.fr>

**ATTESTATION DE PRISE DE CONNAISSANCE DE LA CHARTE DE
FONCTIONNEMENT**

Je soussigné(e) _____

Déclare avoir pris connaissance de la charte de fonctionnement et m'engage à la respecter.

Cabris, le :

Signature :



CLINIQUE CALME
SSR SPECIALISE EN ADDICTOLOGIE

358 avenue de la Plantade – 06530 Cabris
Tél. 04 93 40 69 99 Fax 04 93 60 51 82
<https://www.calme.fr>

**Dossier médical de pré-admission :
HDJ clinique LE CALME**

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Etablissement demandeur : tel.....
fax.....mail.....

Médecin adresseur : tel..... fax.....
mail.....@.....

Médecin traitant : tel.....
mail.....@.....adresse.....

Nom assistant social :

Patient

Nom : Nom de jeune fille.....

Prénom : Nationalité.....

Sexe : H F

Date et lieu naissance.....portable.....

mail.....@.....

Adresse.....
.....
.....

Allergies :
.....

Poids :kg Taille :m....

Objectifs visés :

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

Situation addictologique actuelle :

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

	Problématique actuelle	Problématique ancienne	Démarche de changement	
			oui	non
Alcool				
Cocaïne				
Tabac				
Cannabis				
Opiacés				
Benzodiazépines				
Addictions comportementales				
Tb Comportement Alimentaire				
Autres				
Traitements de substitutions en cours	<input type="checkbox"/> Oui (préciser) <input type="checkbox"/> non			

Accidents de sevrage : - épilepsie : oui non
- Délirium tremens : oui non

Antécédents addictologiques :

Hospitalisations (dates et lieux) :

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

Antécédents somatiques :

-pathologie neurologique :

-pathologie cardiovasculaire :

-pathologie digestive : -hépatique : stéatose
 Hépatite alcoolique
 Cirrhose décompensation TP
 HTP

Pancréatique :

Gastrique :

Autres :

.....

Antécédents psychiatriques :

Hospitalisation (s) : (dates et lieux+ indications)

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

Suivi psychiatrique : oui par non

Traitements :

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

Tentative de suicides :

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

Evaluation des Soins

Soins techniques :

- Sous oxygène
- Sonde à demeure
- Colostomie
- Pansement
- Insulinothérapie
- Autres.....

Locomotion:

- Autonome
- Cannes anglaises
- Fauteuil roulant

Appareillages

- Prothèses oculaires
- Lunettes
- Lentilles
- Prothèses auditives: Droite Gauche
- Prothèses dentaires : Haut Bas
- Prothèses orthopédiques (préciser) :.....

Tb de la mémoire/ cognitifs : Oui non si oui préciser


Handicap sensoriel : Oui non si oui préciser.....

Le patient a-t-il été hospitalisé HORS DE FRANCE durant l'année précédente : Oui Non

(*Merci d'y répondre obligatoirement* : Circulaire N°DGS/DGOS/PF/2010/413 du 6 décembre 2010) Si **oui merci de faire réaliser une **Coproculture avec recherche d'entérobactéries productrices de carbapénémase****

Cachet du médecin :

date :/...../.....


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 :

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 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