



Nom d'usage
Prénom

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

<https://www.elan-retrouve.org/places/centre-malvau/>

DOCUMENTS A FOURNIR

Suite à votre demande, vous trouverez ci-dessous les documents importants à nous fournir.

- Une lettre de Motivation
- Attestation de sécurité Sociale ou autre
- Photocopie de la carte de Mutuelle en cours de validité recto-verso ou C2S (CMUC)
- Photocopie de la Carte d'Identité ou du Passeport
- Prescriptions médicales en cours
- Une attestation d'hébergement si logé en famille, chez des amis ou en foyer
- Bilan sanguin requis avant l'entrée directe : NFS, Plaquettes, TP, Ionogramme + Glycémie + Créatinémie, bilan hépatique, TSH, TG + Cholestérol, Sérologies hépatiques, Syphilis et HIV
- Le Carnet de Santé ou la photocopie du Carnet de vaccination

Merci de remplir le dossier d'admission ci-joint, partie administrative et partie médicale (par un médecin).

Date et signature du patient (merci de cocher les documents fournis).



DOSSIER ADMINISTRATIF DU PATIENT

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Madame Monsieur

Nom de naissance* : Nom d'usage :

Prénom(s) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

(*Fournir une copie de la carte d'identité ou passeport)

Logement : Propriétaire Locataire Famille* Amis* Foyer*

SDF, démarches en cours :

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

Téléphone : Mail :

Profession :

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

PERSONNE 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 de 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)

Avez-vous une mesure de protection ? OUI NON

Si oui, nom du curateur, tuteur ou travailleur social :

Adresse :

Numéro de téléphone Adresse mail :

Numéro de Fax :

SUIVI JUDICIAIRE (le cas échéant) si oui : coordonnées du SPIP :



Nom d'usage
Prénom

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

<https://www.elan-retrouve.org/structure/centre-malvau-amboise/>

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 révocable à tout moment. »

Personne de confiance : M. Mme

Lien de parenté :

Tél. :

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

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance



Nom d'usage
Prénom

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

<https://www.elan-retrouve.org/structure/centre-malvau-amboise/>

ATTESTATION D'HEBERGEMENT

Je soussigné(e) Nom Prénom :

Né(e) le : / /

Atteste héberger M ou Mme

Adresse :

.....

Et m'engage à l'héberger à la sortie du Centre Malvau

Date :

Signature :

Joindre la pièce d'identité



DOSSIER MEDICAL

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : Nom d'usage : Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : H F

IDENTIFICATION DU MEDECIN ADRESSEUR

Nom : Prénom :

Téléphone / Fax : Adresse mail :

Pharmacie habituelle :

Médecin traitant si différent du médecin adresseur :

Nom : Prénom :

Tel

CONDUITES ADDICTIVES

<u>Motif de la demande actuelle</u>	<u>Degré de gravité</u> Léger (L) Modéré (M) Sévère (S)	<u>Motif de la demande actuelle</u>	<u>Degré de gravité</u> Léger (L) Modéré (M) Sévère (S)
Alcool		Cocaïne	
Tabac		Antalgiques / Opiacés	
Cannabis		Benzodiazépines / Psychotropes	
Héroïne		Addictions comportementales	
		Autres	

SUIVIS ANTERIEURS EN ADDICTOLOGIE (Ambulatoire /Résidentiel) :

TRAITEMENTS EN COURS (Nom du médicament et posologie) : fournir une ordonnance récente concernant le traitement

Le patient est-il sous traitement de substitution aux opiacés : OUI NON

Si oui lequel (ne pas oublier la forme et la posologie) :

Le patient est-il sous traitement de substitution nicotinique :

Si oui lesquels :

Autres traitements :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : Nom d'usage : Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : H F

ANTECEDENTS :

Chirurgicaux :

Médicaux :

Psychiatriques :

Dont antécédents de tentative de suicide :

***dates :**

Allergies :

ETAT DE SANTE ACTUEL

1. Renseignements médicaux

Poids : kg Taille : m Nécessité d'un régime alimentaire spécifique :

2. Etat clinique

Physique / Somatique :

Psychiatrique :

Idées suicidaires :

- Avec scénario
- Sans scénario

Troubles de la personnalité :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : Nom d'usage : Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : H F

3. Consultations ou examens complémentaires prévus

*Merci de fournir une ordonnance récente concernant le traitement et le carnet de santé (ou de vaccination Dt-Polio, SARS- CoV-2)

Bilan sanguin requis avant l'entrée directe : NFS, Plaquettes, TP, Ionogramme + Glycémie + Créatinémie, bilan hépatique, TSH, TG + Cholestérol, Sérologies hépatiques, Syphilis et HIV

AUTONOMIE DU PATIENT

1. Est-il autonome pour :

- La toilette OUI NON
- Marcher sur une distance supérieure à 500 m OUI NON
- Monter un escalier OUI NON

3. Présente-t-il des particularités cliniques :

- Appareillage respiratoire OUI NON
- Si oui : Apnée du sommeil Insuffisance respiratoire
- Appareillage orthopédique OUI NON
- Restrictions à l'activité sportive : OUI NON
- Si oui lesquelles :
- Autres : OUI NON

Si oui lesquelles :

SEVRAGE HOSPITALIER

A organiser par le Centre Malvau : OUI NON

DATE : / / Nom et signature du praticien adresseur + CACHET :

NE PAS OUBLIER DE NOTER LE NOM ET PRENOM DU PATIENT SUR CHAQUE FEUILLE

J'ai un enfant mineur

Je reçois un code provisoire pour mon enfant.
Je dois activer Mon Espace Santé pour mon enfant.
L'autre parent doit être d'accord.



Comment me rendre sur mon espace santé ?

Je peux utiliser le site internet
monespacesante.fr



Besoin d'informations ?

Vous pouvez nous téléphoner
du lundi au vendredi
de 8 heures 30 à 17 heures 30



au 3422

Transcription FALC effectuée par le groupe FALC Chantecler



mon ESPACE SANTÉ



Un nouveau service pour bien m'occuper de ma santé

Dans mon espace santé,

je peux ranger mes documents de santé en toute sécurité.

Mon espace santé est **dématérialisé**.

Cela veut dire que les documents sont numériques.

Les documents ne sont pas en papier.

Mon espace santé est **sécurisé**.

Cela veut dire que personne ne peut voir mes documents.

Mes documents sont protégés.



Je veux en savoir plus sur la protection de mes documents ?

Je scanne ce QR code.

Pour scanner le QR code,

j'installe une application sur mon téléphone.



Comment utiliser Mon Espace Santé ?

- Je reçois un code par email.
- Je vais sur le site monespacesante.fr
- Je prends ma carte vitale.



Un mois après que j'ai reçu le mail,

- Mon espace santé est créé.

Je demande un nouveau code sur le site monespacesante.fr.

- Je peux refuser la création de mon espace santé .

Je trouve quoi dans mon espace santé ?

- Mon **Dossier Médical Partagé (DMP)**
Je peux y ranger tous mes documents de santé.
Mon médecin peut les consulter.

- Une **messagerie sécurisée**
Mon médecin peut m'envoyer des lettres par mail.



- Un **agenda de santé**
Je peux noter tous mes rendez-vous.
Je reçois des rappels pour les vaccins.



- Des **applications utiles**

Je peux demander à **tout moment**

- la fermeture de Mon Espace Santé
- la suppression des documents sur Mon Espace Santé

Le Dossier Médical Partagé est un **carnet de santé**.

On y trouve

- les traitements
- les résultats d'examens et d'analyses

Je choisis avec qui je partage ces informations.

Je sais toujours qui a regardé mes documents.

Les professionnels de santé doivent donner leur nom pour regarder mes documents.

J'ai déjà un Dossier Médical Partagé ?

Je le retrouve sur Mon Espace Santé.

Qui peut mettre des documents dans mon espace santé ?

Les professionnels de santé ajoutent

- des résultats d'examens
- des résultats d'analyse

Je suis averti(e)

- quand un nouveau document est déposé dans mon espace santé
- quand un nouveau message arrive dans mon espace santé
- quand un professionnel de santé va dans mon espace santé pour la première fois.





REGLEMENT INTERIEUR

Nous vous souhaitons la bienvenue au Centre Malvau.

Afin que votre séjour se passe le mieux possible, nous avons réalisé ce règlement intérieur.

1. Les visites de votre famille ou de vos proches sont autorisées du lundi au vendredi entre 16h30 et 18h00 les samedis, dimanches et jours fériés de 9h à 18h (21 h si vos invités dînent avec vous), après en avoir informée l'équipe soignante. Les visiteurs sont invités à se présenter à l'infirmerie. Ils n'ont pas accès à votre chambre mais peuvent circuler librement avec vous dans les espaces dédiés et sur l'ensemble de notre parc (15 hectares). Un parcours sportif, quelques installations de musculation, des terrains de pétanque sont à votre disposition.
2. Les animaux de compagnie sont acceptés après contractualisation avec la Direction (vaccination à jour,...). Vos visiteurs peuvent entrer dans le Centre avec un animal le temps de leur visite, si celui-ci reste dans sa caisse de transport (chat) ou en laisse et en extérieur uniquement.
3. Le Centre Malvau vous accueille avec l'ensemble de vos effets personnels. Veillez à les garder en sécurité. **La direction décline toute responsabilité quant aux vols dont vous seriez victime.**
Nous vous offrons la possibilité d'utiliser un coffre dans lequel vous pourrez y conserver vos documents importants et/ou vos objets précieux le temps de votre séjour.
4. Vous pouvez garer votre véhicule personnel dans le Centre. Nous vous demanderons de remettre toutes les clefs et les papiers du véhicule au bureau des admissions afin que nous puissions le déplacer à la demande des pompiers.
5. Vous pourrez utiliser votre moyen de transport personnel, quel qu'il soit (voiture, camionnette, moto, mobylette, patinette, vélo, etc ...) uniquement le weekend durant les absences repas et les sorties thérapeutiques. Certains médicaments peuvent affecter la capacité à conduire un véhicule (risque de somnolence ou de baisse de votre vigilance). **Il est essentiel de suivre les conseils du médecin.**
6. 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 tous.**
Des bouilloires sont à votre disposition au Château et à l'Hermitage, sous la surveillance de l'équipe. L'utilisation de bouilloires et de cafetières est strictement interdite en chambre pour des raisons de sécurité.
Vous ne disposerez pas de télévision dans votre chambre, notre Centre ayant fait le choix de réserver cette activité dans des lieux conviviaux (cafétéria, salle TV de l'Hermitage, salle Indigo).
L'utilisation d'un bloc multiprise est autorisée uniquement s'il dispose d'un interrupteur. Dans le cas contraire, vous pouvez bénéficier d'un prêt de matériel adapté pour le temps de votre séjour.
La direction décline toute responsabilité pour tous dommages causés à votre matériel durant votre séjour.
7. Tout **comportement violent**, toute **agressivité verbale**, tout **propos ou attitude raciste, sexiste, homophobe**, que ce soit envers les personnels, les autres patients ou les visiteurs, sont **strictement interdits.**

8. L'introduction et/ou la **consommation de boissons alcoolisées**, ou tout autre **produit** pouvant être considéré comme **illicite, sont interdits** dans l'établissement ainsi que la possession de médicaments en chambre. Une **recherche d'alcoolémie** ou de toxique peut être effectuée à tout moment sur protocole ou prescription médicale et **vos effets personnels peuvent être vérifiés** avec votre accord et en votre présence par le personnel soignant, éducatif et la direction de l'établissement.
9. La consommation de CBD, quelle qu'en soit la forme, n'est pas autorisée au sein de l'établissement.
10. Il est interdit de fumer sous toutes ses formes (y compris la cigarette électronique) dans les bâtiments de l'établissement. Nous vous demandons également de ne pas fumer sur la terrasse extérieure qui donne accès à l'infirmerie ni devant l'entrée principale des bâtiments. Dans les espaces extérieurs, des cendriers sont à votre disposition et des abris fumeurs ont été installés en face du Château et à l'arrière de l'Hermitage.
11. Les horaires des activités thérapeutiques doivent être **respectés** ainsi que les **horaires de délivrance des médicaments**, la présence aux consultations, aux réunions et aux divers rendez-vous. En cas d'absence, l'équipe peut être amenée à vous contacter. Aussi, pour votre sécurité, nous vous demandons de ne pas éteindre votre téléphone portable en journée.
12. Pour le bon fonctionnement de la vie en collectivité, veillez à la **tranquillité** des lieux, aux horaires de coucher, à votre **hygiène corporelle**, à la **décence** de votre tenue ainsi qu'au respect des locaux. Les chambres sont des **espaces privés réservés aux seuls occupants**, préservant ainsi leur intimité et la sécurité de leurs biens. Vous êtes tenu de les entretenir.
13. Il est strictement **interdit de stocker des denrées périssables** dans votre chambre ou sur votre rebord de fenêtre.
14. Pour des raisons de sécurité sanitaire, il est strictement interdit de se faire livrer des denrées périssables.
15. La première **sortie thérapeutique de semaine** est autorisée à partir du 8^{ème} jour sauf contre-indication médicale. La première **sortie thérapeutique avec nuitée** est autorisée à partir du 3^{ème} week-end (jusqu'à 3 par séjour).

Les autres sorties nécessitent une **autorisation médicale et/ou administrative**.

En cas d'absence injustifiée à un repas celui-ci vous sera facturé au prix coûtant en sus du forfait hospitalier.

16. Veillez au **respect du matériel** mis à votre disposition ; les **dégradations** volontaires seront à **votre charge**. Nous vous remercions d'en avertir aussitôt à vos référents, dès votre arrivée et au cours de votre séjour, de tout dysfonctionnement ou manque dans votre chambre (fuite de lavabo, ampoule à changer...). Nos équipes pourront alors faire le nécessaire très rapidement.
17. Vous vous engagez à ne pas introduire dans l'établissement **d'armes ou d'objets pouvant servir d'armes**. Ils seront retirés et restitués à la fin de votre séjour.
18. Vous vous engagez à **respecter les consignes de sécurité** affichées dans l'établissement et dont vous serez informés à votre arrivée.
19. Pour prévenir tout risque d'infection, nous vous conseillons de ne pas avoir recours à un service de tatouage ou de piercing durant toute la durée de votre séjour.
20. Votre comportement et votre attitude ne doivent pas compromettre l'objectif de votre séjour ainsi que votre investissement dans les soins. **Les relations de couple** ne sont pas admises dans l'établissement ainsi que les **jeux d'argent** ou les **transactions** de quelque nature que ce soit.

Le non-respect d'une des clauses de ce règlement vous expose à une interruption de votre séjour.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du Centre Malvau et je m'engage à le respecter.

Date

Signature