

**DEMANDE D'ADMISSION EN SOINS MEDICAUX  
ET READAPTATION EN ADDICTOLOGIE AU  
CENTRE GILBERT RABY**

Hospitalisation complète

Hospitalisation de jour

Date de la demande d'admission :

Hospitalisation en cours :  Oui  Non

Si oui, hospitalisé(e) depuis le :

**Coordonnées du patient**

Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Nom de jeune fille : <input type="text"/>
Lieu de naissance : <input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	
Code postal : <input type="text"/>	VILLE : <input type="text"/>
Téléphone : <input type="text"/>	E-mail : <input type="text"/>

**Médecin qui adresse le patient :**

Spécialité : <input type="text"/>	Si vous n'êtes pas le médecin traitant, Coordonnées du médecin traitant :
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
CP : <input type="text"/> Ville : <input type="text"/>	CP : <input type="text"/> Ville : <input type="text"/>
Tél : <input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>
E-mail : <input type="text"/>	E-mail : <input type="text"/>

**Motif de la demande** (en quelques lignes *Si ce n'est pas précisé dans le courrier médical*)

## Antécédents *(Si ce n'est pas précisé dans le courrier médical)*

### Médico-chirurgicaux :

Allergies :  Oui      Non       Si oui, préciser :

### Gynéco-obstétriques :

### Psychiatriques :

### Addictologiques :

Alcool

Tabac

Cannabis

Opiacés

Cocaïne

Médicaments

Autres (Préciser)

Hospitalisations antérieures (motif, lieu et durée)

**Etat clinique actuel du patient** [en particulier, les pathologies en cours nécessitant une surveillance Ex. diabète, HTA, cirrhose, etc. ...*Si ce n'est pas précisé dans le courrier médical*] :

### Etat psychopathologique et comportemental actuel :

Troubles du comportement :  Oui       Non

Précisez :

Idées suicidaires :  Oui       Non

Précisez :

### Bilan d'autonomie :

Autonome

Non autonome

Besoin d'Aide (Préciser)

Appareillage :  Oui       Non

Si oui, préciser :

Commentaires

**Traitement actuel du patient avec posologie** (Merci de nous informer des changements éventuels avant l'admission et de joindre la dernière prescription par courrier / par mail) :

Médicament de substitution orale [posologie, depuis quand, délivré ou et par qui] :

- **Le jour de l'admission le patient devra apporter toutes les ordonnances en cours.**
- **Joindre la copie d'un bilan biologique récent [Numération, bilan hépatique, ionogramme, TP, sérologies (VHB, VHC, VIH), autre ...]**
- **Joindre si possible des copies des bilans d'Imagerie (Echographie hépatique, ECG, Echographie abdominale, autre, ...]**

**Si votre patient souffre de troubles cognitifs** liés à une conduite addictive, merci de remplir le tableau ci-dessous et de joindre si possible un BEARNI +/- MOCA

	Non	Légers	Moyens	Sévères
Troubles de la mémoire immédiate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la mémoire de faits anciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'orientation temporo-spatiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fabulations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles des fonctions exécutives (inhibition, capacités d'adaptations, planification)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Suivi après le séjour au Centre Gilbert Raby :**

Nom du Médecin Traitant :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

**Nom du Médecin Psychiatre :**

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

**Nom du Médecin Addictologue :**

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

**CSAPA :**

**Autre :**

**Cachet du médecin :**

*Obligatoire si envoi par courrier*

*Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.*

**ENVOYER VOTRE DEMANDE**

*Coordonnées du secrétariat médical*

*Tel : 01-30-99-96-25 / Fax : 01-30-22-08-53*

*E-mail : [secretariat-medical.cgr@elan-retrouve.org](mailto:secretariat-medical.cgr@elan-retrouve.org)*

# Le Patient

## Situation familiale

Marié (e)                       Célibataire                       Divorcé(e)                       Veuf (ve)  
Nombre d'enfants :

## Logement

Propriétaire                       Locataire                       Hébergé(e)                       Sans hébergement

[joindre l'attestation d'hébergement si patient(e) hébergé (e)]

Commentaires :

## Situation professionnelle

Emploi actuel :

Arrêt de travail                       Invalidité                       Retraité                       Chômage  
 Autre :

**Protection juridique:**                       Oui                       Non

Si Oui :  Tutelle                       Curatelle                       Autre (Préciser)

Représentant(e) légal(e) :

Adresse :

Téléphone :                       E-Mail :

Mesure/démarche en cours (préciser) :

**Nom de l'Assistant(e) Sociale qui suit le patient :**

Adresse :

Téléphone :                       E-Mail :

Votre demande est-elle liée à des soins obligatoires :                       Oui                       Non

## Personne à prévenir

Nom :                       Prénom :

Adresse :

Téléphone :                       E-Mail :

Lien avec le patient :

**Personne de confiance :**                       Oui                       Non

Nom :                       Prénom :

Adresse :

Téléphone :                       E-Mail :

Lien avec le patient :

## ***Documents administratifs à nous fournir :***

- Une lettre de motivation,
- Une photocopie recto-verso de votre pièce d'identité,
- Une photocopie de votre attestation de droits à la sécurité sociale à jour,
- Une photocopie de votre carte mutuelle recto-verso ou de votre attestation de droits à la CSS si vous en êtes bénéficiaire,
- La fiche désignation d'une personne de confiance remplie,
- Le règlement intérieur signé par le patient.

*Dès réception, votre dossier sera examiné en commission. Il est très important que votre dossier soit complet.*

*Pour toutes demandes d'informations, vous pouvez contacter le secrétariat médical du lundi au vendredi au 01-30-99-96-25.*

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

*L'équipe du Centre Gilbert Raby*



**CENTRE GILBERT RABY**  
Château de Thun  
2, avenue du Maréchal Joffre  
78250 MEULAN-EN-YVELINES  
Tél. : 01 30 99 96 25

# Désignation d'une personne de confiance

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002)

*A l'occasion de vos soins, vous souhaitez être assisté(e) d'une personne de confiance.*

---

## Vous êtes hospitalisé(e), ou vous allez l'être ...

Il vous est possible de désigner une personne librement choisie par vous dans votre entourage et en qui vous avez toute confiance, pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre.

Cette personne, que l'hôpital considérera comme votre "personne de confiance" pourra, si vous en faites la demande, assister aux entretiens médicaux et vous aider à formuler vos souhaits.

## Cette désignation peut être très utile :

- Ⓢ Votre état de santé ne vous permettra peut-être pas toujours, pendant la durée de votre hospitalisation, de faire connaître aux personnes qui vous soignent votre avis ou les décisions que vous souhaitez prendre pour vos soins.
- Ⓢ Si vous ne pouvez les exprimer, votre personne de confiance sera consultée par l'équipe hospitalière et pourra lui donner des indications sur votre façon de voir les choses.
- Ⓢ Avant toute intervention ou investigation importante, les précisions ainsi recueillies pourront guider les médecins dans les choix thérapeutiques.

---

## La désignation d'une personne de confiance

- Ⓢ n'est pas une obligation
- Ⓢ doit être une décision bien réfléchie, sans précipitation
- Ⓢ se fait par écrit par exemple à l'aide du formulaire ci-contre
- Ⓢ peut être annulée à tout moment (par écrit)
- Ⓢ peut être remplacée ultérieurement par la désignation d'une autre personne, à votre demande
- Ⓢ est valable pour la durée de l'hospitalisation, et pour plus longtemps si vous le souhaitez.

## Il vous revient d'en informer la personne que vous aurez choisie et d'obtenir bien sûr son accord.

Toutes les décisions que vous prendrez à ce sujet figureront dans votre dossier médical. Vous serez libre de décider que certaines informations que vous jugerez confidentielles ne devront pas être données par l'équipe hospitalière à votre personne de confiance : vous devrez alors nous l'indiquer précisément.



**CENTRE GILBERT RABY**  
**Château de Thun**  
 2, avenue du Maréchal Joffre  
 78250 MEULAN-EN-YVELINES  
 Tél. : 01 30 99 96 25

**Désignation d'une  
 personne de confiance**  
 (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002)

Je soussigné(e) : Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

**ne désire pas désigner une personne de confiance**

**désigne M., Mme, Mlle :**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....  
 N° tél. : ..... Fax ..... E-mail .....  
 lien avec le patient (parent, proche, médecin traitant) : .....

***pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance***

pendant la durée de mon hospitalisation

**J'ai bien noté que M., Mme, Mlle** .....

- pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire.
- Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importantes ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance.
- que je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen.

Visa de la personne désignée  
 (recommandé)

Fait à : .....

le : .....

Signature

Le : .....

## REGLEMENT INTERIEUR RESPECT DES MODALITES DE SEJOUR

1. L'introduction et/ou la **consommation** de : **boissons alcoolisées, cannabis, CBD, Poppers, protoxyde d'azote, médicaments sans prescription, ou tout autre produit** pouvant être considéré comme **illicite sont interdits** dans l'établissement. Une **recherche d'alcoolémie** ou de toxique peut être effectuée à tout moment sur protocole ou prescription médicale et **vos affaires peuvent être vérifiées** avec votre accord et en votre présence par le personnel soignant et la direction de l'établissement. Les produits interdits par le règlement intérieur qui seraient malgré tout introduits seront saisis, sans possibilité de récupération.
2. Les horaires des activités thérapeutiques doivent être **respectés** ainsi que les **horaires de la prise des médicaments**, la présence aux consultations, aux réunions et aux divers rendez-vous.
3. 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** et la correction de votre tenue ainsi qu'au respect des locaux. Nous vous rappelons que **votre chambre doit être rangée et aérée**.
4. Toute **sortie thérapeutique** nécessite d'être motivée et d'obtenir une **autorisation médicale et administrative**. **Si vous souhaitez annuler une sortie accordée ou avancer votre retour**, merci d'en informer l'infirmier du service afin que votre suivi soit assuré et de vous permettre d'être prévu aux repas.
5. Votre comportement ou votre attitude ne doivent pas compromettre l'objectif de votre séjour ainsi que votre investissement dans les soins. **Les relations de couple** sont déconseillées. Les **jeux d'argent** ou **transactions** de quelque nature que ce soit sont interdits au sein de l'établissement. **Toutes manifestations de violence ou d'agressivité** que ce soit envers les personnes hospitalisées ou les membres du personnel **sont susceptibles d'entraîner l'interruption de votre séjour** dans l'établissement.
6. Les personnes qui vous rendent visite doivent obligatoirement s'annoncer au personnel infirmier. Les visites **des enfants mineurs ne sont pas autorisées**. **Exceptionnellement** et après une semaine d'hospitalisation, pour les visites des enfants mineurs, un « espace dédié » peut être mis à disposition sur réservation.
7. Veillez au **respect du matériel** mis à votre disposition ; les **dégradations** volontaires seraient à **votre charge**.
8. Il est strictement interdit de **déverrouiller le système de sécurité des fenêtres**. Dans le cas où vous constateriez un mauvais fonctionnement de ce système, nous vous demandons d'en informer de suite les infirmières du service. Toute dégradation sera à votre charge.
9. Il est strictement interdit de changer la disposition des équipements dans les chambres. **Le chevet du lit doit se trouver appuyé au dispositif appel malade** ; merci d'informer de suite le personnel infirmier si ce n'était pas le cas.
10. Vous vous engagez à ne pas introduire dans l'établissement de **tous objets pouvant servir d'armes** (objets coupants, tranchants ou pointus). Ils seront confisqués.
11. Vous vous engagez à **respecter les consignes de sécurité** affichées dans **votre chambre**.
12. Nous vous conseillons de **ne pas conduire** de véhicule pendant **la durée de votre hospitalisation**.
13. Le Centre Gilbert Raby est un **établissement sans tabac**, il est donc **strictement interdit de fumer et de vapoter dans tous les bâtiments et les espaces « non-fumeurs »**. En cas de non respect de cette règle, vous vous exposez à une interruption de séjour.
14. Lors de votre séjour des activités artistiques, culturelles et sportives vous seront proposées. Pour une précision, l'accès aux agrès est interdit à toute personne présentant une contre-indication médicale et pendant la première semaine d'hospitalisation. L'accès est autorisé uniquement de jour l'hiver et entre 8h30 et 18h30 l'été. Un lavage des mains est obligatoire avant et après usage en utilisant la pompe à mousse désinfectante située à proximité.
15. **La réception de colis n'est pas autorisée.**
16. **La présence des animaux, même tenus en laisse n'est pas autorisée dans l'établissement, sauf dans le cadre de l'activité « médiation animale » en HDJ**
17. **Le non-respect d'une des clauses de ce règlement vous expose à une interruption de votre séjour**

Avec nos remerciements  
L'équipe du Centre Gilbert Raby

**Je déclare avoir pris connaissance du règlement de mon séjour au Centre Gilbert Raby et m'engage à le respecter en totalité.**

Date : .....

Signature