

PREAMBULE :

Madame, Monsieur,

Vous avez le projet d'intégrer un séjour de 5 semaines au Centre Mutualiste d'Addictologie de Saint-Galmier.

Ce séjour s'intègre dans une démarche globale de prise en charge d'une addiction à un ou plusieurs produits psycho-actifs (alcool, drogues etc.) et/ou à des comportements répétitifs (jeux, achats, sexe etc.)

Avant votre arrivée, merci de prendre connaissance du livret d'accueil joint à ce dossier de demande d'admission. De la même façon, nous vous demandons de lire très attentivement le **contrat thérapeutique** joint, ce dernier étant un engagement, consentement à votre prise en charge au CMA.

Ce dossier se décompose en 2 parties :

- une partie administrative que vous devez compléter de façon exhaustive,
- une partie médicale qui doit être complétée par votre médecin.

Afin que votre dossier soit étudié en commission d'admission il est **IMPERATIF** que vous joignez les documents suivant à l'envoi de votre demande :

	Photocopie recto verso de votre carte d'identité ou passeport ou titre de séjour (+ la fournir lors de votre arrivée)
	Photocopie de votre carte vitale
	Photocopie de votre carte de mutuelle (vérifiez avant votre arrivée que votre mutuelle couvre les soins relatifs au code DMT 214)
	Photocopie recto verso de votre prise en charge mutuelle
	Attestation d'assurance maladie avec période de validité
	Photocopie de votre complémentaire CMUC (si concerné)
	Photocopie de votre protocole ALD (si concerné)
	Attestation d'aide médicale d'Etat (AME)
	Désignation de la personne de confiance

Notre commission administrative et médicale statuera sur votre **dossier complet**.

Attention, l'envoi de dossier d'admission sur les anciens formats-papier ne sera plus pris en compte (dernière version : site CMA <https://www.mutualite-loire.com/index.php/addictologie/le-cma>).

Une fois votre demande validée par la commission, un courrier vous précisera votre date et heure d'admission.

En vous remerciant par avance pour votre collaboration.

DOSSIER ADMISSION CMA

VOTRE IDENTITE

NOM d'usage : NOM de naissance :
Prénom :
Date et lieu de naissance : né le à.....
Votre n° sécurité sociale :
Votre adresse actuelle : N° TEL :
Mail :

Personne à prévenir en cas d'urgence

NOM, Prénom :
N° de téléphone :
Adresse :
Lien de parenté :

VOTRE VENUE

L'hospitalisation au sein de notre service de SSR-A, doit permettre une mise à distance prolongée des produits psycho actifs, d'où la nécessité d'effectuer un sevrage avant votre arrivée

Vous venez : De votre domicile Directement par transfert d'un établissement de santé

Etes-vous hospitalisé(e) ? OUI NON

Si non, quand le serez-vous ? Si oui, depuis quand ?.....

Coordonnées du service / établissement qui vous adresse :

Nom, intitulé :
N° tel N° fax :
Adresse mail :

Date d'entrée souhaitée : / /

FAMILLE / ENTOURAGE :

Etes vous : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) En couple Veuf (ve) Séparé(e)

Nombre d'enfants	Ages des enfants	Enfants à charge (entourer la case correspondante) :		Maintien du lien avec enfants (entourer la case correspondante)	
		OUI	NON	OUI	NON

Bénéficiez vous d'un soutien de votre entourage familial ? OUI NON

Commentaires éventuels :
.....
.....

EMPLOI / RESSOURCES :

Quel est votre niveau d'études (diplômes obtenu) ?

Avez vous des difficultés avec la lecture et/ ou l'écriture ? OUI NON

Avez vous actuellement une activité professionnelle ? OUI NON

CDD CDI Intérimaire - saisonnier

DOSSIER ADMISSION CMA

Nom patient :

Si contrat en cours préciser quel emploi vous occupez :

Si contrat en cours préciser le NOM et l'adresse de votre employeur :

Autre situation (rayer les mentions inutiles) :

Retraité(e)

Invalidité ou AAH

Chômage indemnisé

Chômage non indemnisé

De quelles ressources financières bénéficiez vous actuellement (entourer la case correspondante):

Salaire maintenu	RSA	Retraite	Autres revenus (préciser) :
Indemnité journalière	Allocation ASSEDIC	Invalidité	

Avez vous des dettes ? OUI NON

Si oui avez vous un dossier de surendettement en cours ? OUI NON

Renseignements sur votre organisme d'assurance maladie (délivrante la prise en charge) :

Nom / intitulé :	N° de centre :	Droits ouverts jusqu'au :
Adresse :	N° immatriculation	

Avez vous une prise en charge ALD (100%) en lien avec votre pathologie d'addiction ?

Si oui, il est impératif de fournir votre protocole de soin à votre arrivée au CMA.

Quelle est votre mutuelle (de santé complémentaire):

Nom / intitulé :	N° adhérent :	Période de validité :
Adresse :	N° de tel:	
Votre mutuelle prend elle en charge un séjour en SSR addictologie (DMT 214) ?		

Si vous bénéficiez de la CMU complémentaire

N° du centre en charge de votre CMUC :	Période de validité :
Adresse :	

Nom, adresse, n° tel de votre médecin traitant :

Nom, adresse, n° tel du médecin qui vous adresse au CMA :

LOGEMENT :

Vous êtes (entourer la case correspondante) :

Propriétaire	Locataire	Hébergé PROVISOIREMENT chez un tiers (préciser le tiers) : Famille / Foyer / Amis Joindre obligatoirement une attestation sur l'honneur de la personne qui vous héberge, indiquant que votre retour à son domicile au sortir du séjour des 5 semaines est bien prévu.
Hébergé DURABLEMENT chez un tiers	Sans domicile fixe	

DOSSIER ADMISSION CMA

Nom patient :

En cas d'hébergement provisoire ou de situation de sans domicile, précisez les démarches et/ou projets d'hébergement prévues ou en cours :

SUIVI SOCIAL / EDUCATIF / JUDICIAIRE :

Si vous bénéficiez d'un suivi éducatif ou social précisez le NOM de la personne ou d ses coordonnées (n° téléphone) : Nom patient :

Etes vous sous mesure de : tutelle curatelle MASP Aucune mesure de protection juridique

Si tutelle, curatelle ou MASP précisez le NOM et les coordonnées (n° de téléphone) de votre représentant légal :

Avez vous des antécédents judiciaires : OUI NON

Avez vous un suivi SPIP : OUI NON

Avez vous une injonction de soins : OUI NON

Commentaires / précisions souhaités sur antécédents judiciaires, injonction soin, SPIP :

VOTRE LETTRE DE MOTIVATION

Afin de vous accompagner au mieux dans votre démarche, il est important que vous nous précisiez en quelques lignes:

- ✓ Quel est le produit consommé ou le comportement addictif qui justifie le plus votre demande de séjour
- ✓ Depuis combien de temps avez-vous des difficultés avec ce produit ou ce comportement
- ✓ Avez-vous d'autres produits ou comportements associés
- ✓ Les principales conséquences dans votre vie
- ✓ Ce qui vous a le plus motivé à vous soigner
- ✓ Visez vous l'abstinence totale
- ✓ Quels sont vos différents projets (emploi, logement, environnement social et familial, addiction et santé).

Fait à Le Signature

DOSSIER MEDICAL

Document à remplir par le médecin adresseur

Histoire Addictologique du patient

Cocher les cases correspondantes



Types de produits consommés	Conso. actuelle	Conso. ancienne	Précisions (produit, durée, mode de conso, quantité etc.)
Alcool			
Cannabis			
Héroïne			
Cocaïne			
Médicaments			
Tabac			
Comportementale (alimentaire, jeux etc.)			
Autre addiction (préciser)			

Quels ont été les **soins antérieurs en addictologie** (cure, post-cure, sevrage, suivi ambulatoire etc.) ?

.....

Quels sont les **objectifs de la cure** pour ce patient ?

.....

Quelles pourraient être les **difficultés du patient** durant cette cure ?

.....

Projet de soin prévu après passage au CMA :	Projets de vie (ou changement de vie) du patient :

Plan Psychiatrique :

Antécédents psychiatriques du patient :	Etat psychiatrique actuel du patient :

 **JOINDRE OBLIGATOIREMENT :**

<input type="checkbox"/>	Le compte rendu d'hospitalisation (à la sortie du patient)	<input type="checkbox"/>	NFS PQ / IONOGRAMME
<input type="checkbox"/>	Résultats d'examens d'imagerie	<input type="checkbox"/>	Bilan hépatique
<input type="checkbox"/>	ECG (si disponible)	<input type="checkbox"/>	Bilan coagulation
<input type="checkbox"/>	Dernières biologies réalisées	<input type="checkbox"/>	Sérologie albumine / CRP
<input type="checkbox"/>	Bilan neuro psychologique (si disponible)	<input type="checkbox"/>	Ordonnance de moins de 3 mois

Quel est l'état général actuel du patient ?

.....

Cocher les cases correspondantes



Quel est le niveau d'autonomie du patient ?	OUI	NON	AVEC AIDE
Locomotion			
Elimination urinaire			
Hygiène personnelle et environnement			
Orientation dans le temps et l'espace			
Comprendre des consignes simples / retenir des informations			

Quels sont ses antécédents chirurgicaux ?	Quels sont ses antécédents médicaux ?

Le patient a-t-il des **allergies et/ou régimes** ? Si oui, préciser lesquels

.....

Quel est le **traitement médicamenteux** du patient actuellement ? (+ préciser si substitution et laquelle) joindre **ordonnance actuelle** :

.....

MERCI DE BIEN VERIFIER QUE VOUS AVEZ JOINT A CE DOSSIER LES ELEMENTS MEDICAUX INDISPENSABLES A L'ETUDE D'ADMISSION DU PATIENT (cf. liste ci-dessus)

NOM et Prénom du médecin :
 Tampon :

Le / /
 Signature médecin

DOSSIER ADMISSION CMA

CONTRAT THERAPEUTIQUE

Si vous avez décidé de faire un séjour de 5 semaines au CMA, c'est que vous avez fait le constat, ces derniers temps, que tout(e) seul(e) vous n'arriviez plus à vous arrêter ou à contrôler votre consommation de produit(s) psycho-actif(s): vous avez donc admis qu'il vous fallait une aide extérieure et qu'il fallait vous imposer à vous-mêmes des contraintes momentanées pour retrouver plus tard votre indépendance.

Ces contraintes correspondent à des interdictions et des obligations qui ne sont pas celles d'un règlement dicté et surveillé par les soignants : ce sont les clauses d'un contrat thérapeutique passé entre vous et nous :

- Pour vous permettre les évolutions et les changements que vous espérez,
- Pour nous assurer du cadre de soins et de la cohérence dont nous avons besoin dans notre travail thérapeutique.

Restrictions sur les produits psycho-actifs :

Le CMA est un « environnement protégé » où chacun doit subir le moins possible de risques de « craquer » :

- Les produits illicites sont strictement interdits dans le centre : vous ne devez pas en amener sous quelque forme que ce soit, ni vous en faire amener, ni en fournir à d'autres patients. Nous avons étendu cette interdiction à l'alcool, au CBD et à tout médicament non prescrit par un médecin du centre.
- Le tabac est toléré à la condition d'être fumé en dehors du bâtiment.
- Sur la totalité de votre séjour (permissions comprises), vous vous engagez à vous abstenir du (des) produit(s) dont vous êtes addict et qui a (ont) motivé votre séjour (y compris lors des permissions) dans le centre.

Vie Sociale :

Le CMA est une mini-société où chacun peut réapprendre une vie sociale sans produit(s) (privilégier la vie avec les autres, limiter les temps de repli sur soi).

- Vous participez à la vie quotidienne où chacun a une part active dans l'entretien des équipements, dans le maintien d'une bonne hygiène individuelle, dans le respect mutuel des projets de soins de chacun et dans le souci de convivialité.
- Vous prenez part à la vie institutionnelle où une réunion hebdomadaire obligatoire permet d'organiser les espaces et périodes de vie collective (bar thérapeutique, salons, soirées organisées etc...).

Observance thérapeutique:

Le CMA est un établissement de santé où vous devez être actif dans vos soins :

- Le suivi médico-psychologique individuel avec consultations, bilans....
- Les séances de thérapie de groupe (obligatoires)
- Les activités d'animation.

Sorties réglementées:

Le CMA constitue une « période parenthèse » de rupture dans les habitudes de vie et de recentrage sur vous-même :

- Les **sorties ne sont pas autorisées en semaine** ;
- Sur toute la durée du séjour les visites de l'entourage sont autorisées mais limitées au week-end (après-midi seulement) et le mercredi (17-19h) ;
- Les **permissions de week-end ne sont possibles qu'à partir de la troisième semaine de séjour.**

Signer un contrat thérapeutique, c'est un engagement réciproque, librement consenti entre vous et nous :
Notre rôle en tant que soignants est de faire le maximum pour vous aider à respecter ce contrat dans un souci constant de compréhension, de discussion, de soutien et de persuasion en nous gardant de tout dirigisme ou coercition.

Votre rôle en tant que patient est de faire tous vos efforts pour respecter la parole donnée mais de ne pas hésiter à faire état de vos difficultés et à demander de l'aide sans attendre un niveau insupportable de malaise, de tension et d'angoisse où passage à l'acte et transgression ne peuvent amener que la rupture.

A....., le

NOM / Signature :

Compte tenu de la situation sanitaire (COVID-19) certaines conditions (sorties, vie sociale) sont amenées à évoluer au cours de votre séjour.

DOSSIER ADMISSION CMA

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Important : en application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé, l'article L1111-6 prévoit que le patient peut désigner une personne de confiance. Cette dernière sera consultée dans le cas où vous ne seriez plus en état d'exprimer votre volonté et/ou de recevoir l'information nécessaire à votre prise en charge. Vous pouvez changer à tout moment votre choix de personne de confiance, il faut pour cela l'indiquer à l'établissement qui vous prend en charge.

Je soussigné(e),

NOM : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Téléphone :

Adresse :

Mail :

Vous êtes admis au sein de l'établissement, à compter du en hospitalisation complète.

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance. Je reconnais avoir été informé(e) 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 un changement de désignation. Dans l'hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant à nouveau cette fiche.

Souhaite désigner comme personne de confiance : Monsieur Madame

NOM Prénom

Nom de jeune fille

Date et lieu de naissance

Téléphone

Adresse

Mail

Cette personne de confiance, légalement capable, est un proche un parent mon médecin traitant

Si parent, préciser votre lien (père, mère, époux etc.) :

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches afin de m'aider dans mes décisions : OUI NON

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour la durée de mon hospitalisation.

Fait le

à

Signature du patient

CADRE RESERVE A LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait le

à

Signature

CE DOCUMENT EST A REMETTRE COMPLETE ET SIGNER LORS DE L ENVOI DU DOSSIER OU A VOTRE ARRIVEE AU CMA

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DU SEJOUR

Je soussigné(e) (*NOM et Prénom du patient*), atteste avoir pris connaissance des conditions de mon hospitalisation et m'engage :

- à bien vérifier auprès de ma mutuelle santé que l'hospitalisation au CMA sera bien prise en charge (code Discipline Médico Tarifaire 214)
- à informer le CMA avant mon admission de la suspension ou de la rupture de mon contrat mutuelle santé
- à régler les frais (forfait journalier, ticket modérateur) qui ne sont pas prises en charge le cas échéant par mon régime complémentaire (CMU ou mutuelle).

Fait à

Le.....

Signature du patient avec mention « Lu et Approuvé » :