

## 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 psychoactifs (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 <b>recto verso</b> de votre carte d'identité ou passeport ou titre de séjour (+ la fournir lors de votre arrivée)
	Photocopie de votre carte vitale face
	Photocopie de votre carte de mutuelle <b>recto verso</b> (vérifiez avant votre arrivée que votre mutuelle couvre les soins relatifs au code DMT 518)
	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.aesio-sante.fr/centre-mutualiste-addictologie/>).

**Lorsque que votre dossier sera passé en commission, la secrétaire vous recontactera par téléphone.**

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 psychoactifs, d'où la nécessité **d'effectuer un sevrage avant votre arrivée et d'arriver en transfert direct du lieu de sevrage (sans retour au domicile).**

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

Si contrat en cours préciser quel emploi vous occupez : .....

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 (délivrant 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 ( <b>DMT 518</b> ) ?		

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 : .....

Avez-vous un suivi en addictologie ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, merci de nous préciser le lieu (CSAPA, HDJ, médecin addictologue etc.) .....

.....

.....

# DOSSIER ADMISSION CMA

## LOGEMENT :

**Veillez indiquer votre situation de logement / hébergement actuelle (cochez la case) :**

**Je déclare être :**

<input type="checkbox"/>	Propriétaire
<input type="checkbox"/>	Locataire
<input type="checkbox"/>	Hébergé (e) par une tierce personne ( <b>Vous devez OBLIGATOIREMENT fournir une attestation sur l'honneur de la personne qui vous hébergera à la sortie du CMA (quelle que soit la date de sortie) page 11</b> )
<input type="checkbox"/>	Sans domicile fixe

## SUIVI SOCIAL / EDUCATIF / JUDICIAIRE / RDV Administratifs et/ou Médicaux

**Si vous bénéficiez d'un suivi éducatif ou social** précisez le NOM de la personne ou du service en lien avec vous + ses coordonnées (n° téléphone) : .....

**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 :** .....

**Avez-vous un RDV prévu pendant votre hospitalisation au CMA :** ☐ OUI ☐ NON

**Si OUI, merci de bien vouloir nous indiquer la date, le lieu ainsi que la nature du RDV (exemple : échographie, RDV ophtalmo, rdv tribunal etc.) :** .....

## VOTRE LETTRE DE MOTIVATION AUX SOINS

**Expliquez-nous, en quelques lignes, les raisons de votre venue au CMA et pourquoi avoir choisi notre établissement ?**

« Si vous rencontrez des difficultés pour rédiger votre lettre de motivation, vous pouvez la dicter à une tierce personne qui pourra la rédiger pour vous merci toutefois de nous le préciser ».

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à ..... Le ..... Signature

DOSSIER ADMISSION CMA

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 :

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

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 à tout type de complément alimentaire et/ou boisson énergisante 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 et Permissions

**Les visites seront autorisées les week-ends à partir de la deuxième semaine, LIMITÉES à 4 personnes.**

**Le port du masque reste conseillé en cas de symptômes et/ ou d'épidémie.**

**Les permissions des week-ends seront autorisées lors de la troisième et quatrième semaine.**

**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 :

**Dans un contexte d'épidémie 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 SIGNE LORS DE L'ENVOI DU DOSSIER OU A VOTRE ARRIVEE AU CMA**



# DOSSIER ADMISSION CMA

## Information sur les directives anticipées

Références réglementaires :

Loi N°2016-87 du 2 février 2016

Code de la santé publique : article L1111-4, I1111-11. Articles R1111-17 à R1111-20. Article R4127-37

### A quoi servent les directives anticipées ?

Vos directives anticipées permettront au médecin de connaître vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements en cours, si, en fin de vie, vous n'êtes plus en mesure d'exprimer votre volonté.

On considère qu'une personne est « en fin de vie » lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale.

### Comment rédiger vos directives anticipées ?

Vous devez :

- Être majeur et être en capacité d'exprimer votre volonté libre et éclairée au moment de la rédaction ;
- Ecrire vous-même vos directives en précisant votre nom, prénom, date et lieu de naissance. Elles devront également être datées et signées.

Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à deux témoins (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée). Le document sera écrit par un des témoins, en indiquant leur nom et qualité (exemple : lien de parenté, personne de confiance, médecin traitant...) attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée.

### Pouvez-vous changer d'avis après avoir rédigé vos directives anticipées ?

Depuis la loi du 2 février 2016, le document a une durée de validité illimitée. Vous pouvez à tout moment modifier totalement ou partiellement vos directives. Si vous décidez de les modifier, pensez à détruire les anciens documents pour éviter toute confusion. Vous pouvez également annuler vos directives.

### Quelles conséquences auront vos directives anticipées dans la décision médicale ?

Si vous avez rédigé des directives, le médecin doit en prendre connaissance.

***Elles constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale car elles témoignent de VOTRE volonté.***

Ces directives s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, excepté dans deux cas :

- En cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation ;
- Lorsque les directives apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

Dans ce cas, le médecin doit rendre sa décision à l'issue d'une procédure collégiale inscrite dans le dossier médical. La décision de refus d'application des directives anticipées est portée à la connaissance de la personne ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Comment faire pour vous assurer que vos directives seront prises en compte au moment voulu ?

Il est important que vous preniez toutes les mesures pour que le médecin puisse en prendre connaissance facilement :

**Remettez vos directives anticipées à votre médecin traitant.**

- En cas d'hospitalisation, remettez-les au médecin référent qui les conservera dans le dossier médical, ou informez-le du nom de la personne qui détient vos directives.
- Conservez vous-même vos directives ou confiez-les à votre personne de confiance ou à l'un de vos proches. Dans ce cas, il est souhaitable que vous communiquiez au médecin le nom de cette personne.

Avez-vous rédigé des directives anticipées ? ☐ Oui ☐ Non

Signature du patient:

# DOSSIER ADMISSION 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 518)
- 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 » :

## ATTESTATION D'HÉBERGEMENT PAR UN TIERS.

Je soussigné(e) [Prénom et nom de la personne qui héberge] .....né(e) le [Date de naissance]....., à [Ville de naissance]....., déclare sur l'honneur héberger à mon domicile [Prénom et nom de la personne hébergée].....né(e) le [Date de naissance].....à [Ville de naissance]....., depuis le [Date de début d'hébergement]....., à l'adresse suivante :

[Adresse]

[Code postal et commune]

**Je m'engage à l'accueillir de nouveau à mon domicile au sortir du CMA, et ce quelle qu'en soit la date de sa sortie d'hospitalisation (sortie à la date prévue ou anticipée)**

Fait à ..... le .....

Signature [Prénom et nom de la personne qui héberge]

**Joindre copie de la pièce d'identité de la personne qui héberge + justificatif de domicile de – de 3 mois (factures, quittance de loyer, etc)**