



Centre Gilbert Raby
2 avenue du Maréchal Joffre
78250 MEULAN EN YVELINES
Tel : 01-30-99-96-25 Fax : 01-30-22-08-53
www.elan-retrouve.org

Directeur :
M. Antonio GARCIA

Médecin Directeur :
Dr Michel MOULIN

Cadres coordonnateurs des soins :
Mme Audrey DUCHATELLE
Tél : 01-30-99-96-55
Mme Marie-Claude ANODEAU
Tél : 01-30-99-96-11

Secrétariat médical
Mme Sylvie GONCALVES
Tél : 01-30-99-96-25 - Fax : 01-30-22-08-53

Service social :
Tél : 01-30-99-96-36 - Fax : 01-30-99-97-20

Médecins psychiatres :
Dr Abdenour ABALACHE
Dr Fouzia BOURKI
Dr Foudil HALLOU
Dr Ahmed HIFRI

Médecins généralistes :
Dr Benjamin ANDRIANIRINA
Dr Christophe BERNARDINI
Dr Mina LASRI
Dr Jacques MILLE
Dr Carole MAUGER
Dr Amir SHARIFI

Siège social
23, rue de La Rochefoucauld
75009 Paris
Tél. : 01 49 70 88 88
Fax : 01 42 81 11 17
cgr@elan-retrouve.org

Site: elan-retrouve.org

Madame, Monsieur,

*Vous trouverez ci-joint le dossier de demande d'admission dans notre centre de soins en Addictologie.
Toutes les demandes doivent être faites sur ce support.*

Celui-ci est composé :

*- d'une partie médicale qui doit être remplie par le médecin qui adresse le patient
- d'une partie à remplir par le patient lui-même et à retourner avec les éléments suivants :*

- * **Un pass Sanitaire (vaccination ou test RT-PCR réalisé dans les 72h avant l'admission)***
- * Une lettre de motivation,*
- * Une photocopie recto-verso de votre pièce d'identité,*
- * **Une photocopie des ordonnances de vos traitements actuels,***
- * Une photocopie de votre attestation de droits à la sécurité sociale,*
- * Une photocopie de votre carte mutuelle recto-verso ou de votre attestation de droits à la CMU si vous en êtes bénéficiaire,*
- * Formulaire désignation personne de confiance*
- * **Lettre d'hébergement de la famille et/ou d'une structure si besoin.***

Dès réception, votre dossier sera examiné par nos médecins. Il est très important que votre dossier soit complet.

En cas de demande simultanée d'un séjour en psychiatrie et d'un séjour en SSR-A, le médecin se réserve le droit d'accorder ou non l'orientation de la demande selon le déroulement du séjour.

Après validation du dossier, le secrétariat vous contactera pour envisager une date d'admission.

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.

Le secrétariat médical

Dossier d'admission à renvoyer soit par

- Courrier à l'attention du secrétariat médical à l'adresse ci-dessus
- Fax : 01-30-22-08-53
- Email : secretariat-medical.cgr@elan-retrouve.org

Important : les demandes d'admission sont valables 1 mois à réception du dossier, si les éléments manquants au dossier d'admission ne sont pas envoyés dans ce délai, une autre demande d'admission sera à effectuer.



DEMANDE D'ADMISSION / PARTIE MEDICALE

En Psychiatrie Addicto (cure) Hospitalisation Complète HDJ

En SSR-Addicto (postcure) Hospitalisation Complète HDJ

Nom du patient : M., Mme, Mlle : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

.....

Renseignements administratifs du prescripteur :

Nom du médecin : Spécialité :

.....

Etablissement :

Adresse :

Code postal : VILLE : Téléphone :

.....

Patient venant du domicile : oui non

Si non patient hospitalisé depuis le :

SITUATION ADDICTOLOGIQUE

	Consommation Actuelle	ATCD	Commentaires
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opiacés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Addictions sans substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Projet du patient à la sortie de l'établissement :

.....
.....

Capacité de retour à son lieu de résidence habituel possible : oui non

ANTECEDENTS

Médicaux :

.....

Chirurgicaux :

.....

Psychiatriques :

.....

Tentatives de suicide : oui non

Si oui (dates, modalités, hospitalisations) :

.....

Antécédents de comportement violent : oui non

Patient porteur de BMR/BHRE : oui non non détecté

Test RT-PCR COVID: Date: Positif Négatif

Le résultat d'un test RT-PCR réalisé dans les 72h avant l'admission (COVID-19) est demandée avant l'admission.

Addictologiques (histoire des consommations, séjours antérieurs....) :

.....

Allergies :

.....

ETAT ACTUEL DU MALADE

Somatique :

Poids :

Taille :

Autonomie :

.....

Bilan biologique :

NFS / Plaquettes :

Phosphatases alcalines :

Ionogramme :

Urée / Créatinine :

ASAT, ALAT, GGT :

TP / Glycémie :

Bilirubine totale :

Psychiatrique :

Idées suicidaires : oui non



Traitement en cours :

Tampon, date et signature du Médecin

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX

Nom du patient : M., Mme, Mlle : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Ville de naissance :

Nationalité :

Logement (joindre attestation en cas d'hébergement et/ou une lettre de reprise de la structure)

Propriétaire Locataire Foyer SDF

Hébergé(e) chez.....

Adresse

CP

Ville :

Téléphone :

Email :

Capacité de retour à son lieu de résidence habituel possible : oui non

Situation familiale

Marié(e) Pacsé(e) Célibataire Vie en couple Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfants :

Situation professionnelle

Emploi Retraité(e) Sans activité

Arrêt de travail depuis.....

Longue maladie depuis

Invalidité depuis

Ressources

Salaire Indemnités journalières Pôle Emploi AAH

Retraite RSA Autres

Mesure de protection

Tutelle Curatelle Mesure en cours

Nom du tuteur ou curateur : Téléphone :

Situation judiciaire

Sans objet

Obligation de soins : oui non

Suivi SPIP : oui non

Service social qui suit le patient

Nom du travailleur social.....

Téléphone :

.....
.....
Personne à prévenir en cas de besoin : Nom et prénom :
Adresse :
Code postal Ville :
Téléphone : Lien de parenté :

LA PERSONNE DE CONFIANCE

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance.
Parmi ses missions, elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place **et sera votre porte-parole.**

QUEL EST SON RÔLE ?

La personne de confiance a plusieurs missions.

► Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;
- assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle vous assiste mais ne vous remplace pas ;
- prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.

Il est recommandé de lui remettre vos directives anticipées si vous les avez rédigées : ce sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer.

Elle a un **devoir de confidentialité** concernant les informations médicales qu'elle a pu recevoir, et vos directives anticipées : elle n'a pas le droit de les révéler à d'autres personnes.

► Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale

La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.

Elle sera votre porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement.

Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches...).

Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous les lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient.

La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais peut aussi affronter une contestation s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés.

Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements, mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions : celle-ci appartient au médecin et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

Attention :

- la personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrivait quelque chose, si vous étiez hospitalisé(e) ou en cas de décès ;
- **sa mission ne concerne que votre santé.**

QUI PEUT LA DÉSIGNER ?

Toute personne majeure peut le faire¹.

C'est un droit qui vous est offert, mais ce n'est pas une obligation : vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance.

QUI PEUT ÊTRE LA « PERSONNE DE CONFIANCE » ?

Toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission peut l'être. Ce peut être votre conjoint, un de vos enfants ou un de vos parents, un ami, un proche, votre médecin traitant.

Il est important que vous échangiez avec elle afin qu'elle comprenne bien vos choix et votre volonté, et puisse être votre porte-parole le moment venu. Elle ne devra pas exprimer ses propres souhaits et convictions mais les vôtres et doit s'engager moralement vis-à-vis de vous à le faire. Elle doit être apte à comprendre et respecter les volontés énoncées dans une situation de fin de vie et mesurer la possible difficulté de sa tâche et la portée de son engagement.

Il est important qu'elle ait bien compris son rôle et donné son accord pour cette mission.

Une personne peut refuser d'être votre personne de confiance.

Nous vous remercions de renseigner le formulaire désignation de la personne de confiance ci-dessous :

Formulaire de désignation de la personne de confiance

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénoms : _____

Adresse : _____

Téléphone privé : _____ professionnel : _____ portable : _____

E-mail : _____

→ Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non

→ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait à : _____ le : _____

Signature

Signature de la personne de confiance