

DOSSIER D'ADMISSION

Madame, Monsieur,

Vous avez le projet d'entrer au Centre Mutualiste d'Alcoologie de SAINT GALMIER.

Ce séjour doit s'intégrer dans une démarche globale de prise en charge :

- **Avant votre arrivée** : le sevrage physique doit être impérativement effectué depuis au moins une semaine sous surveillance médicale en hôpital, clinique ou en ambulatoire.
- **Après votre séjour** : vous devez déjà penser à votre suivi ultérieur.

Vous pouvez remplir le dossier d'admission, que vous soyez déjà sevré, en cours de sevrage ou simplement en train de le programmer en fonction de votre séjour dans notre centre.

Ce dossier d'admission comporte :

• **1 questionnaire comprenant :**

- *Un volet personnel* (pages 3 à 5) à remplir par vous-même (éventuellement en vous faisant aider).

- *Un volet médical* (page 6) à remplir par le médecin qui vous soigne actuellement.

- *Un volet « projet actuel »* (page 7) à remplir conjointement patient/médecin

• **Des documents administratifs indispensables :**

- *La photocopie de l'attestation papier de la carte vitale*

- *La photocopie de la carte de Mutuelle*

• **Une demande d'entente préalable** : certificat à demander à votre médecin précisant la nécessité du séjour, la durée de 5 semaines et le lieu : Centre Mutualiste d'Alcoologie et à adresser ensuite au contrôle médical de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Notre commission administrative statuera sur votre dossier complet dans la semaine suivant sa réception : un courrier vous précisera alors votre date d'entrée ainsi que les démarches éventuelles en fonction de votre situation (gestion des délais, documents à compléter, consultation préalable, etc...)

Jusqu'à la signature de la dernière page, remplissez avec soins ce dossier d'admission, même si cela est long : ceci facilite l'étude de votre demande et donc de notre réponse.

Vous remerciant par avance de votre collaboration.

Docteur Christian DIGONNET
Chef d'Etablissement

CONTRAT THERAPEUTIQUE

L'équipe du CMA est heureuse de vous accueillir : notre but est de vous assurer un cadre de soins sérieux et réaliste dans un environnement agréable et adapté pour que vous retrouviez progressivement un état physique et psychologique qui vous permette de vous réapproprier un projet de vie et une capacité de décision.

Vous avez fait le constat, ces derniers temps, que tout(e) seul(e) vous n'arriviez plus à vous arrêter de boire ou à contrôler votre consommation : 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.

Interdiction de l'alcool.

- Vous ne devez pas en amener quelle que soit sa forme (boissons, parfums, etc...), ni vous en faire amener, ni en consommer pendant votre séjour.
- Cela vous renvoie au fait que vous voulez écarter ce produit néfaste pour vous afin de retrouver votre libre arbitre perdu depuis quelques temps, et que vous tenez compte de la même volonté chez les autres patients.
- Cela souligne que nous ne voulons pas être vos surveillants, ou jouer à cache-cache.

Observance thérapeutique

Votre participation régulière aux soins est obligatoire dans leurs diverses modalités :

- Un suivi médico-psychologique avec consultations, bilans et traitements individuels
- Des séances de thérapie de groupe
- Des activités d'animation

Cela marque votre motivation à vous soigner activement et saisir toute occasion d'évoluer.

Vie Sociale.

- Le CMA est une mini-société avec :
 - Une vie quotidienne où tout le monde a une part active dans l'entretien des équipements, dans le maintien d'une bonne hygiène individuelle, dans le respect mutuel des autres et dans le souci de convivialité.
 - Une vie institutionnelle où 2 réunions hebdomadaires obligatoires permettent d'organiser les espaces et périodes de vie collective (bar thérapeutique, salons, soirées organisées, sorties en groupe, etc...).

Cela signifie que vous avez le projet de réapprendre une vie sociale sans alcool (privilégier la vie avec les autres, limiter les temps de repli sur soi).

Sorties réglementées.

- Les permissions en famille et les sorties individuelles sont interdites pendant les 3 premières semaines de séjour et soumises à autorisation médicale.
- Cela prouve que vous savez qu'il faut rompre avec vos habitudes et vous recentrer sur vous-même, qu'il faut être prudent et progressif face aux sollicitations extérieures.

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'anxiété où passage à l'acte et transgression ne peuvent amener que la rupture.

En conclusion, ce long document peut se résumer par une seule exigence mutuelle : à notre forte motivation de vous aider et vous accompagner doit correspondre chez vous une forte motivation de vous soigner.

VOLET PERSONNEL à remplir par vous-même.

VOTRE ETAT CIVIL

NOM **Nom de Jeune fille :**
Prénom : Sexe M F
Date de Naissance : Lieu de Naissance
Adresse habituelle :
..... Code Postal :
Téléphone :
Sécurité Sociale : | | | | | | | | Clé | |

VOTRE PROJET DE SEJOUR DANS NOTRE CENTRE

Date d'entrée souhaitée :
Nom du médecin qui vous adresse au C.M.A. :
Adresse :
Téléphone :
Comptez-vous venir :
- **De votre domicile**
- **Directement par transfert de l'hôpital ou la clinique**
Quel établissement?
.....
Parce que vous êtes hospitalisé actuellement depuis le :
Parce que vous serez hospitalisé
juste avant votre entrée au C.M.A. à partir de
Pour vous envoyer la réponse de notre commission d'admission dans les 8 jours, précisez nous :
L'adresse où l'on peut vous joindre si adresse différente de votre adresse habituelle :
Tél. :

VOTRE ORGANISATION DU SEJOUR

Administrative : Le centre a été conçu pour fonctionner avec des chambres à 2 lits mais dispose de 11 chambres individuelles (dont 4 pour handicapés) :

Désirez-vous : Une chambre à 2 lits
Une chambre à 1 lit (Attention supplément)

Entourage : Personne à prévenir en cas de nécessité :

Nom : Prénom :
Parenté avec vous :
Adresse :
Tél. :

SITUATION FAMILIALE

Etes-vous : Célibataire, Marié, Divorcé, Séparé, Veuf, Remarié.

Avez-vous des enfants : oui / non

Combien : Ages :

Vivez-vous seul : oui / non

Si non précisez avec qui (conjoints, enfants, parents, etc...) :

VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

Avez-vous un emploi OUI NON

Si oui :

Nature

Lieu

Début :

Etes-vous en arrêt maladie : OUI / NON, depuis quand :

Si vous n'avez pas d'emploi

Vous êtes arrêté depuis :

Pour quelle(s) raison(s) :

.....

.....

VOTRE SITUATION VIS A VIS DE L'ALCOOL

Depuis combien de temps avez-vous des difficultés avec l'alcool ?

Essayez de décrire, les principales conséquences qu'a eues l'alcool dans votre histoire personnelle ? :

Sur votre santé physique ? (maladie du foie, cœur, accidents, etc...)

.....

.....

Sur votre santé psychique ? (dépressions, angoisses, changement de caractère, etc...)

.....

.....

Sur votre vie affective ? (relations amicales, conjugales, etc...)

.....

.....

Sur votre vie familiale ? (avec vos enfants, vos parents, etc...)

.....

.....

Sur votre vie professionnelle ? (échecs, précarité, influences, etc...)

.....

.....

Sur votre situation financière ? (dettes, mesures de protection, etc...)

.....

.....

Depuis combien de temps vous soignez-vous de ces problèmes d'alcool ?

Selon vous quelle est la raison primordiale qui vous amène aujourd'hui à vous soigner ?

.....

.....

.....

TAMPON DU MEDECIN

Patient habituel
 Depuis :
Patient adressé par autre médecin
 Nom :
 Téléphone :

Résumez son **histoire avec l'alcool (et autres addictions)** :

.....

A-t-il eu des **cures antérieures** : oui / non

Nombre :

Si possible établissements :

A-t-il des **maladies induites par l'alcool** :

Système nerveux :

Cardio-vasculaire :

Hépatiques :

Pancréatiques :

Autres :

Le patient a-t-il des **contre-indications particulières** : oui / non

Si oui, lesquelles :

A-t-il un régime alimentaire ? oui / non

Si oui, lequel :

Antécédents médicaux principaux :

.....

Chirurgicaux :

.....

Psychiatriques :

.....

Résultats médicaux récents :

Biologie (Gamma GT, VGM, TP, etc..) :

Sérologie (B, C, VIH) :

ECG :

Résultat radio pulmonaire :

Vaccinations (BCG, Tétanos) :

Transfusion/Produits sanguins récents :

Si possible (et utile), nous adresser le double

Médicaments	Matin	Midi	Soir

VOLET PROJET ACTUEL à remplir conjointement patient et médecin

Qu'attendez-vous principalement du séjour au C.M.A. ?

Patient	Médecin

Quelles sont les principales causes d'inquiétude ou principales difficultés que vous craignez durant ce séjour ?

Patient	Médecin

Après le séjour, y-a-t-il un projet de soin défini ?

Patient	Médecin

Après le séjour, quels projets de changement sont envisagés ? (professionnels, familiaux, etc...) ?

Patient	Médecin

Date :

Signatures :