

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

Merci de privilégier l'envoi de documents par messagerie sécurisée « MSSanté » via votre médecin et/ou un professionnel de santé.

(À remplir par le médecin traitant ou par le médecin adresseur)

NOM et PRENOM Date de naissance : Lieu de naissance : Téléphone : Adresse : N° SS : -Joindre la copie de la carte mutuelle -Joindre l'Attestation de droit à jour (pour les CSS) -Joindre les ordonnances des traitements en cours	Date de la demande : Médecin, adresse et ☎ (Tampon) Convention avec l'établissement ☐
---	--

Alcool	ATCD ☐	Actuel ☐	Héroïne	ATCD ☐	Actuel ☐
Tabac	ATCD ☐	Actuel ☐	Opiacés médicamenteux	ATCD ☐	Actuel ☐
Cannabis	ATCD ☐	Actuel ☐	Cocaïne	ATCD ☐	Actuel ☐
BZD / Hypnotiques	ATCD ☐	Actuel ☐	Autres :		

Allergies : oui ▪ non ▪ (précisez)	Traitement d'exception ou onéreux : oui ▪ non ▪ (précisez)
--	--

Démarches de soins addictologiques et psychiatriques déjà en cours :

Suivi ambulatoire : en addictologie ☐ en psychiatrie ☐ précisez où :

Hospitalisation ☐ précisez : date et lieu du dernier séjour :

Durée de l'abstinence après séjour :

Patient en contact ET/OU porteur d'une Bactérie Multi-Résistante ET/OU hospitalisation récente à l'étranger : ☐ OUI ☐ NON

Transport organisé pour l'aller ET le retour : ☐ OUI ☐ NON

NB : Si >150 Km de l'établissement, nous conseillons d'effectuer une demande d'entente préalable VSL a-r auprès de la SS du patient.

Logement prévu à la sortie ☐ OUI ☐ NON

NB : Si le patient est hébergé par un tiers, une attestation de reprise de l'hébergement à la sortie doit être transmise avec cette fiche.

Mesures relatives à la pandémie COVID19 : PCR ou test antigénique de moins de 72H négatif à l'entrée

NB : Statut vaccinal à jour conseillé.

Autres informations éventuellement utiles

Veuillez renseigner dans cet espace toute information que vous jugez utile pour la prise en charge du patient.

Nous vous remercions de l'attention que vous avez porté au remplissage de cette fiche. Cela nous évitera de vous recontacter pour des renseignements complémentaires.

Tout Professionnel de santé est tenu de respecter le cadre juridique encadrant l'échange de données personnelles de santé (article L1110-4 du CSP)
Clinique des Essarts / Système Qualité / Fiche médicale d'admission V7.0 – Mai 2022

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016, la Clinique des Essarts en sa qualité de Responsable de traitement recueille les informations ci-dessus dans le cadre de la gestion des admissions des patients au sein de son établissement et donc dans le cadre de son obligation légale.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : services concourants à la prise en charge du patient (professionnels de santé)
Les données sont conservées pendant toute la durée de la prise en charge de la personne concernée.

Les données ne sont pas transférées en dehors Union-Européenne.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données, enfin vous pouvez disposer du sort de vos données après votre décès.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'équipe RGPD interne par courriel à dpo@clinique-essarts.com, sur place ou par courrier postal à Clinique des Essarts – Rue du Mur Crénelé - Les Essarts 76530.
Un justificatif d'identité pourra vous être demandé en cas de doutes raisonnables sur votre identité.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

**A REMPLIR ET A NOUS REMETTRE
LORS DE VOTRE ARRIVEE**

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être admis à l'hôpital ou allez y séjourner. Tout patient qui effectue un séjour dans un établissement de santé bénéficie d'un certain nombre de droits garantis par la charte de la personne hospitalisée. **Ce séjour peut être l'occasion de mieux vous informer de vos droits.**

Votre identité

Nom et prénom :

.....

Nom de naissance :

Date de naissance :

Afin de garantir l'expression de la volonté du malade, deux dispositifs sont prévus : la désignation d'une personne de confiance et les directives anticipées. **Chaque établissement de santé a l'obligation d'interroger chaque personne qu'il prend en charge sur leur existence, c'est pourquoi nous vous demandons de répondre à ces quelques questions**

1.DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Qu'est-ce qu'une personne de confiance ? (Article L 1111-6 du Code de la Santé Publique)

Il s'agit d'une **personne majeure**, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions, et à qui vous faites confiance. En effet, cette personne pourra, si vous le souhaitez, vous aider dans les démarches à accomplir et assister à vos entretiens afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter. Sa présence pourra également s'avérer indispensable si vous ne deviez plus être en mesure de recevoir les informations médicales, ni consentir à des actes thérapeutiques. Elle deviendrait alors un interlocuteur privilégié et serait la personne consultée par l'équipe médicale qui pourrait adapter au mieux le traitement en fonction des impératifs médicaux et de vos convictions. Cette désignation qui est **facultative**, doit être faite obligatoirement par écrit et figurer dans votre dossier médical. Elle dure le temps de votre hospitalisation. Néanmoins, elle est révoquée à tout moment par écrit : il vous suffit d'en avertir le personnel hospitalier et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

PERSONNE DE CONFIANCE

☐ J'atteste avoir été informé de la possibilité que prévoit la loi de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, mais à tout moment je peux procéder à cette désignation en utilisant ce formulaire.

☐ J'atteste avoir reçu l'information sur la personne de confiance et désigne comme personne de confiance majeure et légalement capable

☐ Un proche

☐ Un parent

☐ Mon médecin traitant

NOM et prénom :

Adresse :

Téléphone :

Fait à :

Le : __ / __ / 202__

Signature :

Signature de la personne de confiance désignée :

2.DESIGNATION DE LA PERSONNE A PREVENIR

La personne à prévenir a un rôle différent : Elle est habilitée à recevoir des informations notamment liées à votre hébergement et est informée en cas d'urgence ou de la survenue d'un événement inattendu. Ce n'est pas nécessairement la même personne que la personne de confiance

PERSONNE A PREVENIR

- ☐ Je désigne la même personne que ma personne de confiance
- ☐ Je désigne une autre personne dont je précise ici les coordonnées

NOM et prénom :

Téléphone :

3.EXISTENCE DE DIRECTIVES ANTICIPEES

*La loi du 22 avril 2005 et la loi du 2 février 2016 relatives aux droits des malades et à la fin de vie permettent à toute personne majeure, **si elle le souhaite**, de rédiger ses « directives anticipées ». C'est une possibilité qui vous est donnée, **mais ce n'est pas une obligation**. Il s'agit pour vous d'exprimer vos directives sur les décisions médicales à prendre pour le cas où vous seriez un jour dans l'incapacité de vous exprimer, que vous soyez malade ou en bonne santé.*

De quoi s'agit-il ? C'est un document écrit (manuscrit ou dactylographié), que vous devez dater et signer, qui précise vos souhaits concernant votre fin de vie. Tout professionnel de santé devra les respecter s'il arrive un jour que vous ne soyez plus en état de vous exprimer. Les directives anticipées sont valables sans limite de temps mais vous pourrez toujours, à tout moment, les modifier.

Où conserver vos directives ? Il est important qu'elles soient facilement accessibles. Informez votre médecin et vos proches de leur existence et de leur lieu de conservation.

Vous trouverez de nombreuses informations sur ce dispositif sur le site de la HAS,

- ☐ Je n'ai pas encore de directives anticipées
- ☐ J'ai rédigé des directives anticipées, je les ai laissées :

- ☐ A mon médecin traitant
- ☐ A ma personne de confiance
- ☐ Dans mon espace DMP
- ☐ Autre.....

Souhaitez-vous nous en donner une copie pour qu'elles soient conservées dans votre dossier médical ?

☐ OUI ☐ NON

Date :

Signature :

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Les directives anticipées permettent à quiconque d'exprimer ses volontés, notamment sur la fin de vie, pour les faire valoir dans le cas où il ne serait plus en capacité de s'exprimer. C'est un droit depuis la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, renforcé par la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

1. Quel est le rôle des directives anticipées ?



Elles sont destinées à recueillir vos volontés sur votre fin de vie, dans la situation où vous ne seriez plus en capacité de vous exprimer



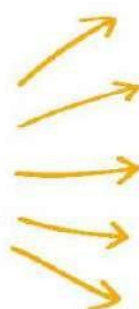
Depuis la loi de 2016, elles sont opposables au médecin, sans limite de durée, modifiables et révocables à tout moment. Toute personne majeure peut rédiger ses directives anticipées, sur papier libre daté et signé, ou sur le modèle de la Haute autorité de santé disponible sur le site du CNSPFV : www.parlons-fin-de-vie.fr > rubrique « Je m'intéresse à la fin de vie »

2. Informations importantes à mentionner



Vos attentes, vos craintes, vos limites

concernant certains traitements ou certaines situations de fin de vie



- Assistance respiratoire
- Réanimation cardio-circulatoire
- Nutrition et/ou hydratation artificielles
- Dialyse
- Autres



Vos souhaits et croyances de nature non médicale

Ils ne sont pas considérés comme des directives mais peuvent être précisés

3. Avec qui en parler ?



Famille



Proche



Toute personne avec qui vous souhaitez en parler et qui peut vous aider à réfléchir



Professionnel de santé



Association de patients ou d'accompagnement

4. Les transmettre et les conserver

Comment ? Sur papier libre ou formulaire dédié



Dans votre dossier médical en les confiant à votre médecin



Chez votre personne de confiance / Votre famille / Un proche



Avec vous, en donnant des copies à votre entourage



Dans votre dossier médical partagé / Mon espace santé (déploiement prévu en 2022)



Clinique d'alcoologie et d'addictologie

REGLEMENT INTERIEUR ET PROGRAMME DE SOINS THERAPEUTIQUE

La vie en collectivité requiert l'application de règles visant à garantir le confort et la sécurité de chacun. Nous vous invitons à en prendre connaissance. Ces règles s'appliquent à tous les patients ainsi qu'à tous les visiteurs. Le non-respect du règlement intérieur pourra conduire jusqu'à une sortie anticipée.

J'ai bien pris note du **REGLEMENT INTERIEUR & DU PROGRAMME DE SOINS** de la **CLINIQUE DES ESSARTS** qui m'ont été longuement exposés et discutés, en groupe, en particulier :

1. **L'identitovigilance** : pour vous garantir la qualité et la sécurité de prise en charge, le port du bracelet d'identification est obligatoire.
2. **Vidéo surveillance** : l'établissement est doté d'une surveillance vidéo, afin de garantir la sécurité des patients. En médecine lors de sevrages complexes, ou en cas de nécessité médicale, certaines chambres peuvent être sous surveillance sur prescription médicale.
3. **Droits des patients** : la clinique est soumise à la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite « Loi Kouchner »). Il vous est possible, notamment, de demander que soit respecté l'anonymat, pendant votre démarche de soin. La clinique des essarts applique par ailleurs la Charte du malade hospitalisé, dont le texte est affiché dans le hall d'accueil. Les patients sont représentés au sein de la CDU: **Commission des Usagers**
4. **Chambre** : Une chambre double ou simple est mise à la disposition du patient selon les disponibilités. A son arrivée, un nettoyage complet et approfondi a été effectué. Interdiction d'accueillir d'autres patients en chambre.
5. **CONTROLE A L'ARRIVEE** : A l'admission, en votre présence et deux intervenants de la clinique, vos bagages seront examinés de façon minutieuse. Cet inventaire vérification pourra également être réalisé à tout moment de votre hospitalisation.
6. **Bruit** : Le silence constitue un élément de confort. Vous veillerez à respecter la tranquillité des autres patients en évitant les interpellations et regroupements dans les couloirs ainsi que l'utilisation inadaptée de tout système phonique (radios, smartphone, enceinte Bluetooth, etc.).
7. **Respect** : Respect des autres patients, du personnel et contrôle de soi (comportement) afin de ne pas perturber les fonctionnements des groupes ou la tranquillité des autres patients.
8. **Image** : Respect du droit à l'image : vous disposez, ainsi que les professionnels et tous les visiteurs, d'un droit sur votre image. Il vous est donc demandé de ne pas réaliser de photos, de vidéos ou d'enregistrement audio pour assurer le respect de la vie privée de chacun au sein de l'établissement.
9. **Horaires** : Il vous est demandé de respecter les horaires de l'établissement ; que ce soient les horaires de soins, de consultations, de repas, d'activités, des retours en chambres.
10. **Environnement** : La Clinique des essarts s'engage dans une politique de protection de l'environnement. Les mégots de cigarettes doivent être jetés dans les cendriers et que les déchets dans les différentes poubelles mise à disposition dans l'ensemble de l'établissement.



Clinique d'alcoologie et d'addictologie

REGLEMENT INTERIEUR ET PROGRAMME DE SOINS THERAPEUTIQUE

11. **SELON LA LOI**, j'ai bien pris note de l'interdiction de fumer et de vapoter à l'intérieur des bâtiments de la clinique et je m'engage, à ne prendre que les médicaments prescrits par les médecins, à ne pas faire d'échange ou de vente avec les médicaments distribués par l'infirmière. A l'entrée, les différents traitements seront remis à l'infirmière et récupérés à mon départ.
12. **Interdiction formelle** d'introduire et/ou de consommer de l'alcool, des médicaments non prescrits ou des drogues illicites (tous stupéfiants introduits devront être détruits). Je suis informé que je pourrais être à tout moment contrôlé par des examens de laboratoire et/ou par un contrôle d'alcoolémie par éthylotest. La consommation de produit à base de cannabidiol (CBD) est interdite pendant le séjour, tout comme les bières sans alcool etc.
13. **Aliments** : La clinique étant responsable de l'hygiène alimentaire, il est interdit de conserver de la nourriture dans les chambres, sur les bords des fenêtres et les balcons. **L'eau chaude n'est pas potable.** Tout personnel de la clinique est autorisé à vérifier le respect de ces consignes.
14. **Objets de valeur** : la clinique déconseille de venir avec des objets de valeur. Certains objets de petite taille peuvent être confiés à l'accueil.
15. **Colis** : pendant votre séjour, ici vous pouvez recevoir jusqu'à 3 colis ou commandes. Les livraisons de nourritures (DRIVE) sont interdites.
16. **RELATION DE COUPLE** : Contrairement à certains autres établissements, la mixité est admise à la clinique. Toutefois, en tenant compte de l'expérience antérieure, il est impératif de respecter la neutralité affective qui est nécessaire au bon fonctionnement des thérapies de groupe.
17. **Dégradation et matériel** : En cas de détérioration volontaire du matériel (couverture, dessus de lit brûlés, perte des clefs, par exemple) le matériel détérioré ou perdu sera à votre charge. Il vous est demandé de respecter le matériel, ainsi que les locaux de la clinique. Il est interdit de boucher les prises d'air par un quelconque objet. Il est interdit de jeter dans les sanitaires des matières risquant d'obstruer les canalisations. Ne sont pas autorisés (les instruments de musique, consoles de jeux, les couettes, oreillers, bouilloires, sèche-cheveux, lisseur, etc.)
18. **Les activités thérapeutiques, les rendez-vous médicaux, et les différentes réunions sont obligatoires.**
18. **Retour** : Chaque patient, dès son entrée, doit prévoir les conditions matérielles de son rapatriement (billet de transport ou argent nécessaire ou entourage assurant le retour)
19. **Véhicule** : je m'engage à restituer les clefs, ainsi que la carte grise de mon véhicule lors de mon arrivée.

Je prends conscience que toute infraction à ces règles entraînera **IMMEDIATEMENT** selon l'infraction :

- ✚ Une interruption du séjour ou transfert en milieu spécialisé.
- ✚ Et/Ou éventuellement poursuites pénales en cas, de violence, de vol, d'introduction, de consommation ou de commerce illicite.

Signature patient (suivi de la mention lu et approuvé)



Version : 3.0
Date d'application : 25/07/2024

Référence :
D06_ENR_021

Document d'enregistrement : Formulaire de recueil du consentement pour la chambre particulière

Rédaction :
F. Carpentier

Vérification :
P. Cadet

Approbation :
E. Drouaire

Nom :	Étiquette Patient
Prénom :	
Date de naissance :	
IPP : Sexe : M / F	

Atteste demander* / consentir** le placement en chambre individuelle.

(Rayer la mention inutile)

* La chambre particulière sera attribuée sous réserve de disponibilité

** Je suis déjà en chambre particulière.

Je confirme être informé(e) du tarif journalier de la chambre individuelle (indiqué ci-dessous) et m'engage à régler un éventuel reste à charge si ma complémentaire ne prend pas en charge la totalité des frais.

Hospitalisation complète : 60€ (sauf pour les chambres 31 et 32 au tarif de 65€) par nuitée pour tout patient dont la date d'entrée est postérieure au 01/06/2023.

☐ Je déclare ne pas être couverte par une complémentaire santé / mutuelle pour la chambre individuelle et m'engage à régler les frais relatifs à la chambre individuelle. Un acompte me sera demandé lors de l'attribution de la chambre individuelle.

☐ Je déclare être bénéficiaire de la **CMUC** ou de l'**AME** et sais que la **CMUC** ou l'**AME** ne prend pas en charge la chambre individuelle. Je m'engage donc à régler la totalité des frais relatifs à la chambre individuelle. Un acompte me sera demandé lors de l'attribution de la chambre particulière.

Le service où vous serez hospitalisé se réserve le droit de procéder à votre transfert à tout moment en chambre double pour faire face à des impératifs médicaux. Dans ce cas, la facturation de votre séjour en chambre individuelle sera suspendue.

Lu et Approuvé,

Date :

Signature