



## CENTRE MALVAU – AMBOISE



Centre de Soins de Suite et de  
Réadaptation en Addictologie

21 quai des violettes

37400 Amboise

Tél. : 02.47.57.21.92

Fax : 02.47.57.66.54

[centre.malvau@elan-retrouve.org](mailto:centre.malvau@elan-retrouve.org)

[www.centremalvau.fr](http://www.centremalvau.fr)



Directrice du Centre

Mme C. Martin

Suite à votre **demande d'admission au Centre MALVAU**, vous trouverez ci-dessous les documents importants à nous fournir.

### DOCUMENTS A FOURNIR

- Une lettre de Motivation
- Attestation de sécurité Sociale ou autre
- Photocopie de la carte de Mutuelle en cours de validée recto-verso ou CSS (CMUC)
- Photocopie de la Carte d'Identité, Passeport
- Prescriptions médicales en cours
- Une attestation d'hébergement si logé en famille, amis ou foyer
- Le Carnet de Santé ou la photocopie du Carnet de vaccination

Merci de remplir le dossier d'admission ci-joint, partie administrative et partie médicale (par un médecin).

Date et signature du patient (merci de cocher les documents fournis).

Fondation l'Élan Retrouvé – siège : 23 rue de La Rochefoucauld – 75009 PARIS – Tél. : 01.49.70.88.88 – Fax :  
01.42.81.11.17

Web : [www.elan-retrouve.fr](http://www.elan-retrouve.fr) – E-mail : [elan@elan-retrouve.asso.fr](mailto:elan@elan-retrouve.asso.fr)

Etablissement adhérent à la FEHAP : fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne à but non lucratif



# DOSSIER ADMINISTRATIF DU PATIENT

## INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Madame

Monsieur

Nom de naissance\* : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

(\*Fournir une copie de la carte d'identité ou passeport)

Logement :  Propriétaire

Locataire

Famille\*

Amis\*

Foyer\*

SDF, démarches en cours : .....

(\*Fournir une attestation d'hébergement pour ces 3 situations)

Téléphone : .....

Mail : .....

Profession : .....

Si sans profession :  Chômage

Retraite

Invalidité(e)

AAH

RSA

## PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE BESOIN

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec le patient (parent, ami(e), proche, médecin etc...) : .....

Téléphone : .....

## COUVERTURE SOCIALE

Caisse d'assurance maladie (merci de joindre une attestation de droits à jour)

N° de sécurité sociale : .....

Caisse d'assurance sociale : .....

Etes-vous bénéficiaire :  CMU  ALD

Invalidité

Mutuelle (merci de joindre une photocopie recto-verso de votre carte mutuelle)

Nom de la mutuelle : .....

Demandez-vous une chambre particulière (de 30 € à 55 € selon prestations) :  OUI

NON

(Sous réserve de nos disponibilités et de l'accord de votre mutuelle)

## SERVICE SOCIAL (le cas échéant)

Avez-vous une mesure de protection ?  OUI  NON

Si oui, nom du curateur, tuteur ou travailleur social : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone ..... Adresse mail : .....

Numéro de Fax : .....

SUIVI JUDICIAIRE (le cas échéant) si oui : coordonnées du SPIP : .....



Centre de Soins de Suite et de  
Réadaptation en Addictologie  
21 quai des violettes  
37400 Amboise  
Tél. : 02.47.57.21.92  
Fax : 02.47.57.66.54  
[admissions.malvau@elan-retrouve.org](mailto:admissions.malvau@elan-retrouve.org)  
[www.centremalvau.fr](http://www.centremalvau.fr)

# ATTESTATION D'HEBERGEMENT

NOM -----

PRENOM -----

Atteste héberger M. ou Mme -----

Adresse -----

-----

-----

Et m'engage à l'héberger à la sortie du Centre Malvau.

Date : -----

Signature :

**Merci de fournir la photocopie de votre Pièce d'Identité ou votre passeport.**



Nom d'usage .....
Prénom .....

**Soins de suite et de réadaptation en addictologie**  
**21, Quai des violettes**  
**37400 AMBOISE**  
**Tél. 02 47 57 21 92 - Fax 02 47 57 66 54**  
**admissions.malvau@ elan-retrouve.org**  
**http://centremalvau.fr**

# PERSONNE DE CONFIANCE

Loi 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie :  
*« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et co-signée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. »*

**Personne de confiance :**  M.       Mme .....

**Lien de parenté :** .....

**Tél. :** .....

Je soussigné(e) Nom Prénom : .....	
Né(e) le : ..... / ..... / .....	
Accepte de représenter M. ou Mme .....en tant que personne de confiance	
Date :	<b>Co-Signature :</b>
	Le patient :
	La personne de confiance :

**Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance**



# DOSSIER MEDICAL

Nom d'usage et prénom :

Date de naissance :

## Conduites addictives :

<b>Motif de la demande actuelle</b>	<b>Alcool</b>	<b>Tabac</b>	<b>Cannabis</b>	<b>Cocaïne</b>	<b>Héroïne</b>	<b>Antalgiques opiacés</b>
<b>Degré de gravité (léger/modéré/sévère)</b>						
<b>Motif de la demande actuelle</b>	<b>Benzodiazépines, psychotropes</b>		<b>Addictions comportementales</b>			
<b>Degré de gravité (léger/modéré/sévère)</b>						

## Antécédents\*:

Médicaux :

Chirurgicaux :

Psychiatriques (dont antécédents suicidaires) :

Addictifs :

**\*Merci de fournir une ordonnance du traitement et carnet de santé (ou de vaccination)**

**Nom d'usage et prénom :**

ALD :  Oui  Non Si oui, pour quelle(s) maladie(s) ? .....

Poids : Taille : IMC :

Régime alimentaire particulier :  Oui  Non  
Si oui, lequel ? .....

Le patient peut-il :

- Marcher sur une distance supérieure à 500 m ?  Oui  Non
- Monter un escalier ?  Oui  Non

Son état clinique est-il stable ?

- Physique :
  
- Psychique (dont idées suicidaires) :
  
- Troubles de la personnalité :
  
- Des consultations ou examens complémentaires sont-ils prévus ?  
Si oui, lesquels ? A quelle date ?

Le patient a-t-il besoin d'un appareillage :  Oui  Non  
Si oui, le(s)quel(s) ? (ex : respiratoire).....

Restriction(s) à l'activité sportive :  Oui  Non  
Si oui, laquelle (lesquelles) ?.....

Le patient parle et comprend le français :  Oui  Non

Bilan sanguin requis avant l'entrée directe : NFS, Plaquettes, TP, Ionogramme + Glycémie + Créatinémie, bilan hépatique, TSH, TG + Cholestérol, Sérologies hépatiques, Syphilis et HIV :

Organisation du sevrage hospitalier préalable au séjour par vous-même ?

Date d'entrée souhaitée\* :

Date :

Nom et signature du praticien adresseur :

Coordonnées du médecin traitant (si différentes du médecin adresseur) :

.....  
.....

\* Joindre une lettre de motivation manuscrite par le patient

## 1. Admission

Dès votre arrivée au Centre Malvau, veuillez-vous présenter au SECRETARIAT.

## 2. Dépôt d'objets de valeur

Pour tout objet de valeur, un coffre-fort est mis à votre disposition au secrétariat.

## 3. Voiture

Les personnes arrivées avec leur véhicule doivent le garer sur le parking réservé aux véhicules des patients (vous serez dirigés par un membre du personnel). Votre véhicule restera toute la durée de votre séjour garé sur ce parking.

**Vous pourrez utiliser votre véhicule durant les absences repas et les sorties thérapeutiques de week-end.**

Les clés et doubles de clés ainsi que les papiers du véhicule sont à déposer au bureau des admissions.

## 4. Médicaments

Remettez vos médicaments et ordonnances au personnel soignant dès votre arrivée.

**Apportez vos médicaments personnels habituels pour une durée de 24 à 48 heures de traitement.**

Durant votre séjour, les médecins de l'établissement sont responsables de votre traitement. Seul le personnel infirmier est habilité à vous distribuer les médicaments.

## 5. Alcool, toxiques et drogues

Leur introduction et leur consommation sont strictement interdites dans l'enceinte du Centre Malvau.

Des contrôles urinaires, salivaires peuvent être réalisés à tout moment (y compris la nuit) à l'initiative des soignants. En cas de suspicion de détention de produits illicites, de médicaments ou d'alcool, le personnel du Centre MALVAU pourra être amené à faire une fouille des chambres en présence du patient.

***Dans tous les cas, une consommation dans l'établissement remettra en question la poursuite des soins.***

## 6. Tabac

Nous vous rappelons que par décret ministériel n° 2006-1386, du 15 novembre 2006, il est interdit de fumer **sous toutes ses formes (y compris la cigarette électronique)** dans l'enceinte de l'établissement, que ce soit dans les chambres, les couloirs, les salles de soins, de réunions, les bureaux, la cuisine, la salle de repas et la cafétéria.

**Des espaces à l'extérieur sont dédiés aux fumeurs.**

## 7. Repas et Alimentation

Les menus équilibrés sont élaborés selon un plan alimentaire et en collaboration avec la diététicienne.

Il est strictement interdit de stocker des denrées périssables dans votre chambre ou sur votre rebord de fenêtre.

Si tel est le cas, ces aliments seront jetés par le personnel.

## 8. Téléphone

Les téléphones portables sont autorisés dans l'établissement. Ces derniers doivent être éteints pendant les soins, les repas, les activités, de 21h30 à 08h00 de façon générale, à chaque fois que cela est susceptible de gêner le service ou les activités de groupe et les autres patients.

Des téléphones sont à votre disposition dans les bâtiments afin que vous puissiez y prendre des appels. Vous pouvez vous faire appeler en dehors des activités.

### **9. Appareils électriques et électroniques**

L'utilisation des appareils électroniques (tablette, pc portable, chargeur de téléphone portable etc....) et électriques (poste de radio, rasoir électrique, épilateur, sèche-cheveux.....) est autorisée en dehors des temps thérapeutiques et des repas, dans le respect de la tranquillité de votre voisin(e).

L'utilisation des appareils électriques fixes (TV, bouilloire etc.....) est **strictement interdite pour des raisons de sécurité**.

La direction décline toute responsabilité pour tous dommages causés à votre matériel durant votre séjour.

### **10. Tenue vestimentaire**

Elle doit être convenable. N'oubliez pas d'apporter vos serviettes et nécessaire de toilette, ainsi qu'une **tenue de sport**.

Le Centre MALVAU, fournit exclusivement les draps et couvertures. Il est interdit de se présenter en robe de chambre dans la salle à manger.

### **11. Les visites d'une chambre à l'autre sont interdites**

### **12. Le linge**

**L'entretien de votre linge est de votre responsabilité. Une lingerie avec machine à laver et sèche-linge est à votre disposition (2€ le lavage, 1€ le sèche-linge).**

**L'établissement décline toute responsabilité dans les accidents liés au lavage.**

### **13. Les visites**

**Les visites sont strictement interdites en semaine.**

Les visites de votre famille ou de vos proches sont autorisées dès le premier week-end, le samedi et le dimanche de 9h à 18h (21 h si vos invités dinent avec vous).

Les visiteurs sont invités à se présenter à l'infirmerie.

### **14. Réclamations**

Elles peuvent être faites auprès de la directrice ou de son représentant.

Pris connaissance le :

Signature du patient :