



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](http://www.elan-retrouve.org)

Directeur :  
M. Antonio GARCIA

Médecin chef :  
Dr Frédéric SORBARA

Cadres coordonnateurs des soins :  
Mme Audrey DUCHATELLE  
Tél : 01-30-99-96-55  
Mme Valérie DURAND  
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 Abdennour ABALACHE  
Dr Foudia BOURKI  
Dr Foudil HALLOU  
Dr Ahmed HIFRI

Médecins généralistes :  
Dr Benjamin ANDRIANIRINA  
Dr Christophe BERNARDINI  
Dr Mina LASRI  
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](mailto:cgr@elan-retrouve.org)

Site: [elan-retrouve.org](http://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 test RT – PCR ou un test antigénique réalisé dans les 24h avant l'admission quel que soit le statut vaccinal COVID 19.*

*\* 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](mailto: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.**



Strictement soins libres

**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 ou TAG : Date: .....      Positif      Négatif

***Le résultat d'un test RT-PCR (COVID19) ou d'un test antigénique (TAG) réalisé dans les 24h avant l'admission) est demandé 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 : .....

**Projet social et démarches en cours**

.....

**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 faire<sup>1</sup>.

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