



Centre Paul Cézanne

Unité d'hospitalisation de semaine et de jour

69 rue Neuve – 45400 CHANTEAU

☎ : 02.38.75.16.36.

📠 : 02.38.75.02.99.

Médecin responsable de l'unité : Dr François COLLOMP

Cadre de santé : Mme Gaëlle LEFAUCHEUX

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir choisi notre centre pour réaliser vos soins.

Vous trouverez ci-joint :

- **un dossier administratif** à remplir
- **un dossier médical** à compléter par le médecin qui vous accompagne dans votre démarche de soins
- **un livret d'accueil** qui comporte toutes les informations relatives à votre séjour

Pour le patient :

- **A joindre à votre dossier d'admission :**
 - La copie de votre carte vitale
 - La copie de votre carte mutuelle
(Pensez à vérifier votre prise en charge en amont auprès de votre mutuelle)
 - La copie de votre pièce d'identité
 - La fiche de désignation d'une personne de confiance renseignée
 - Le règlement intérieur à signer
(Une copie de ce règlement est à votre disposition dans le livret d'accueil)
 - La fiche d'engagement moral à signer
- **Le jour de votre entrée**, vous devez obligatoirement apporter :
 - Votre test PCR datant de moins de 48h **sur papier obligatoire**
 - Pass sanitaire avec la date de la dernière dose

Il vous est demandé d'appeler tous les lundis au 02 38 75 16 36 pour confirmer votre venue auprès de l'équipe de soins Paul Cézanne à Chanteau.

Si vous le souhaitez, vous pouvez visiter la structure après avoir pris contact avec l'équipe soignante au 02 38 75 16 36. Vous pouvez être accompagné(e) d'un proche pour la visite.

Pour le service adresseur :

- Le dossier médical complété **avec la liste des pièces demandées page 9**
- Pour le premier lundi d'entrée en hospitalisation, il est demandé si besoin d'un transport VSL, à ce que **le bon de transport soit établi par le médecin du service adresseur.**
- Prévoir une ordonnance de prescription d'un test PCR à faire 48h avant l'admission du patient.

Nous restons à votre disposition pour tout complément d'information, nous vous adressons nos sincères salutations.

L'équipe médicale et soignante de Paul Cézanne.

DOSSIER ADMINISTRATIF

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Identification du patient :

NOM :

PRENOM :

NOM JEUNE FILLE :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Téléphone :

Portable :

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) En couple Divorcée Veuf(ve) Séparé(e)

Nombre d'enfants :

Nombre d'enfants à charge :

Situation professionnelle :

Salarié(e) Chômage Arrêt maladie RSA AAH Invalidité Autre :

Profession :

Personne à prévenir :

NOM :

PRENOM :

Téléphone :

Lien :

PRISE EN CHARGE DES SOINS

Numéro SS :

(joindre impérativement une attestation de droits à jour)

Caisse de SS :

Nom de la mutuelle :

(joindre impérativement photocopie carte mutuelle)

CSS (ex-CMU) oui non

Date de fin du droit CSS :

Prise en charge du forfait journalier : oui non (à vérifier en avance auprès de la mutuelle)

VOLET SOCIAL

Situation financière :

Ressources actuelles :

Dettes : oui non

Dossier de surendettement : oui non En cours

Avez-vous une mesure de protection ? :

Sauvegarde Curatelle Tutelle En cours

Nom du mandataire judiciaire :

Organisme mandataire judiciaire :

Téléphone :

Mail :

Logement :

Propriétaire Locataire

Hébergé Sans domicile fixe

Autres :

Avez-vous une solution d'hébergement prévu pour tous les weekends de permission ?

Oui Non

Préciser :

Situation justice :

Permis de conduire : Valide Suspension Annulation Pas de permis

Préciser la durée de suspension ou annulation :

Problèmes judiciaires :

Injonction de soins Obligation de soins Suivi SPIP

Centre Paul Cézanne – Unité d’hospitalisation – 69, rue Neuve – 45400 CHANTEAU

☎ : 02.38.75.16.36. 📠 : 02.38.75.02.99.

Sevrage (5 jours)
 Sevrage (2X5 jours)

Cure (4 semaines)

Hospitalisation de jour

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM :

PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

IMC :

ALD : oui non

Pathologies concernées par l’ALD :

-
-
-

LE MEDECIN TRAITANT

Docteur :

Lieu d’exercice :

Téléphone (impératif) :

Fax (impératif) :

PHARMACIE HABITUELLE

Nom :

Téléphone :

Adresse :

LE SERVICE ADRESSEUR

Etablissement :

Médecin : Dr

Téléphone (impératif) :

Fax (impératif) :

Email (impératif) :

PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE

Suivi spécialisé en addictologie actuel ? : oui non

Depuis quand suivez-vous le patient ?

Autres professionnels présents dans la prise en charge addictologique :

- Infirmier Nom du référent :
 Psychologue Nom du référent :
 Travailleurs sociaux Nom du référent :
 Autres :

Soins addictologiques ambulatoire antérieurs :

- Centre de consultation Saint Marc CSAPA
 France Addictions Médecin généraliste addictologue
 APLEAT Autres
 DIMA

Soins addictologiques hospitaliers antérieurs :

- Sevrage oui non Nombre : Dernier en date :
Cures oui non Nombre : Dernier en date :
Postcures – SSRA oui non Nombre : Dernier en date :
Centre thérapeutique Résidentiel oui non
Hôpital de jour oui non

SUBSTANCE MOTIVANT LA DEMARCHE DE SOINS

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alcool | <input type="checkbox"/> Tabac | <input type="checkbox"/> Cannabis |
| <input type="checkbox"/> Opiacés | <input type="checkbox"/> TSO | <input type="checkbox"/> Benzodiazépines |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | |

ALCOOL

Installation : <5 ans 5-10 ans >10 ans

Objectif du patient :

Période(s) d'abstinence ? : Oui Non

Précisions :

TABAC

Consommateur Non consommateur Consommateur antérieur (abstinence ≥ 1 mois)

Nombre de tentatives d'arrêts : Durée d'arrêt le plus long :

Objectif du patient : ...

CANNABIS

Consommateur, Non consommateur, Consommateur antérieur (abstinence ≥ 1 mois)

Installation : <5 ans 5-10 ans >10 ans

Budget mensuel : €

Objectif du patient :

OPIACES

Consommateur, Non consommateur, Consommateur antérieur (abstinence ≥ 1 mois)

Héroïne, Morphine, Codéine, Tramadol, Fentanyl, Autres

Objectif du patient :

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

Subutex Méthadone Suboxone

Mésusage Oui Non

PSYCHOTROPES

	Consommation actuelle		Trouble de l'usage	
	OUI	NON	OUI	NON
Benzodiazépines				
Anxiolytiques				
Hypnotiques				
Antidépresseurs				
Neuroleptiques				

ADDICTIONS SANS PRODUIT

ANTECEDENTS SOMATIQUES

Antécédents médicaux

- Complications de sevrage ? OUI NON - crise(s) convulsive(s) - DT

- Syndrome d'Apnée du Sommeil :

- Pathologie digestive :

- Pathologie neurologique :

- Pathologie cardiovasculaire :

- Allergies :

- Autres :

Antécédents chirurgicaux (précisez les dates d'intervention)

SUIVI PSYCHIATRIQUE

- Suivi psychiatrique en cours ?

Nom et coordonnées du psychiatre :

- Antécédents psychiatriques ?

- Antécédents d'hospitalisation en milieu psychiatrique ?

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX EN COURS (joindre ordonnance)

AUTONOMIE DU PATIENT

Mettre une croix dans la case	1 Indépendance complète	2 Supervision arrangement	3 Assistance partielle	4 Assistante totale
TOILETTE				
DEPLACEMENTS				
RELATION Inclut la compréhension et l'expression				

Alimentation : y'a-t-il un régime spécifique pour la prise des repas ?

QUELS SONT VOS OBJECTIFS DE SOIN EN ENTRANT A PAUL CEZANNE ?

QUELLES SONT VOS MOTIVATIONS DE SOIN ?

PROJET A L'ISSUE DES SOINS

Pièces à joindre obligatoirement au dossier d'admission :

- *Bilan biologique récent :*

*** NFS, plaquettes**

*** Transaminases, bilirubine, TP, albumine (impératif)**

*** Ionogramme, créatinine, clearance calculée, TSH**


*** Glycémie à jeûn, bilan lipidique**

- *Copie dernière ordonnance*

- *Comptes-rendus hospitaliers antérieurs*

A prévoir avant l'admission du patient :

- *Ordonnance Test PCR (test à réaliser 48h avant admission du patient)*

	INFORMATION PERSONNE DE CONFIANCE	Version 1
		Juin 2022

Vous avez été désignée personne de confiance. Vous pouvez accepter ou refuser cette désignation et les missions qu'elle implique. Pour vous aider dans votre décision l'EPMS G. DAUMEZON a élaboré ce document. Nous vous remercions de prendre le temps de le lire dans son intégralité avant de donner votre réponse.

QUEL EST LE RÔLE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE ?

Lorsque le patient peut exprimer sa volonté vous avez une mission d'accompagnement et pouvez si la personne qui vous a désigné le souhaite :

- La soutenir dans son cheminement personnel et l'aider dans ses décisions concernant sa santé
- Assister aux entretiens avec les différents professionnels de santé mais sans la remplacer

Lorsque le patient ne peut plus exprimer sa volonté vous avez une mission de référent et serez sollicitée en priorité par l'équipe médicale.

Il est donc important que vous connaissiez les souhaits, les convictions de la personne qui vous a désigné afin de les transmettre aux professionnels si elle n'est plus en mesure de le faire elle-même. Vous serez, dans ce cas, son porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle sa volonté.

Vous aurez un devoir de confidentialité concernant les informations médicales que vous pourrez recevoir et vous n'aurez pas accès à l'information en dehors de sa présence

QUI PEUT-ETRE PERSONNE DE CONFIANCE ?

Toute personne majeure de l'entourage ou de la famille du patient en qui il a confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission.

Attention, la personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir.

Cas particulier :

Si la personne qui vous a désigné est sous tutelle, sa désignation doit être confirmée par le juge ou par le conseil de famille s'il a été constitué.

QUI PEUT DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

Toute personne majeure.

COMMENT ACCEPTER OU REFUSER?

Vous acceptez : cochez la case « j'accepte » datez et signez le formulaire de « désignation et d'accord » qui vous a été adressé, puis vous le remettez à la personne qui vous a désignée.

Vous refusez : cochez la case « je refuse », » datez et signez le formulaire de « désignation et d'accord » qui vous a été adressé, puis vous le remettez à la personne qui vous a désignée.

Cette mission peut être interrompue à tout moment à votre initiative. Dans ce cas, informez-en la personne qui vous a désignée. (de préférence par écrit). Votre mission peut également prendre fin à la demande du patient lui-même.

A REMPLIR PAR LE PATIENT :

Après avoir pris connaissance du rôle de la personne de confiance,

Je soussigné(e), M. /Mme

Né(e)le _____ à _____

Nomme la personne suivante :

Nom – Prénom

Adresse

Téléphone

Fait à _____ , le _____

Signature

A REMPLIR PAR LA PERSONNE DE CONFIANCE :

Je soussigné(e), M. /Mme

Né(e) le _____ à _____

Avoir pris connaissance du rôle de la personne de confiance et :

Accepte Refuse (cochez la case correspondante. L'absence de réponse sous huitaine sera considérée comme un refus de votre part)

D'être la personne de confiance de M. /Mme

Lien avec le/la patient(e) :

Fait à _____ , le _____

Signature

**COURRIER A ADRESSER PAR VOS SOINS A VOTRE MUTUELLE
POUR VERIFICATION DE LA PRISE EN CHARGE**

Nom - prénom - adresse :

Le, -----

N° de mutuelle :

Nom et adresse de la mutuelle :

Madame, Monsieur,

Une hospitalisation me concernant est prévue le : -----

A L'Etablissement Public de Santé Mentale Georges Daumézon
N° FINESS : 450002423 – code DMT : 230
Dans l'unité Paul Cézanne - 69 rue Neuve – 45400 CHANTEAU

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire parvenir le plus rapidement possible une attestation indiquant la prise en charge par votre organisme du ticket modérateur et du forfait journalier.

Avec mes remerciements,

Signature

REGLEMENT INTERIEUR

L'équipe soignante pluridisciplinaire vous accueille au sein de l'unité d'hospitalisation :

Paul Cézanne

Chacun de ses membres a pour mission d'apporter des réponses adaptées à votre état de santé dans le cadre d'un projet thérapeutique individualisé. Pour le bon déroulement de votre séjour, nous vous demandons de bien vouloir respecter les règles de vie et d'organisation suivantes, définies en référence au règlement intérieur de l'établissement.

Elles complètent le livret d'accueil qui vous a été remis.

Votre admission

L'inventaire de vos effets personnels :

Il sera effectué dès votre arrivée.

Il vous est demandé de ne pas amener d'objet de valeur. Les objets que vous conservez, restent sous votre responsabilité. Dans cette éventualité vous devrez signer une décharge. Nous recommandons de déposer vos objets de valeur au bureau des entrées ou dans un casier individuel à clé qui sera mis à votre disposition pour la semaine (Hospitalisation Temps Complet) ou la journée (Hospitalisation De Jour).

L'établissement décline toute responsabilité concernant les pertes, vols ou disparitions qui pourraient être commis.

Vous devez remettre vos clés de voiture au personnel soignant. Elles vous seront remises à votre sortie.

- **Si, au cours de votre séjour, vos proches ou vous-même amenez de nouveaux objets, nous vous demandons d'en référer systématiquement à l'équipe afin que votre inventaire soit remis à jour.**

Nous vous rappelons, conformément au Règlement Intérieur de l'établissement, que « la possession d'armes ou de tout objet susceptible de constituer un danger est prohibée dans l'établissement ainsi que toutes boissons alcoolisées et produits stupéfiants ».

Votre Séjour

Le téléphone :

- Pour le bon déroulement des soins, l'utilisation des téléphones portables n'est pas conseillée, leur retrait fait l'objet de consignes médicales individuelles. Ils seront déposés dans un coffre fermant à clé et vous seront restitués de **17h à 21h** ainsi qu'au moment de votre départ.
- Un point phone : **02 38 74 16 37** est à votre disposition dans l'unité. Vous pouvez communiquer ce numéro à votre proche afin qu'il puisse vous appeler. Horaires d'utilisation : **7h00-21h00**.

Les visites :

- Autorisées pour les curistes de 17h00 à 19h00 à partir de la 2ème semaine d'hospitalisation uniquement.
- L'accès aux chambres est interdit aux visiteurs et patients en Hôpital De Jour.
- **Les visiteurs sont tenus de se présenter à l'équipe soignante dès leur arrivée.**
- Les visites des anciens patients ne sont pas autorisées.

Organisation et règles de la vie collective :

Les repas sont servis pour tous dans la salle à manger après évaluation de votre état de santé.

- **Les repas :**

Petit déjeuner : avant 9h00

Déjeuner : 12h30-13h30

Dîner : 19h15-20h30

Les menus variés et équilibrés sont établis en collaboration avec une diététicienne. Ils ne peuvent être modifiés, sauf pour les régimes établis sur prescription médicale.

- **Les horaires de lever :** 8h00

- **De coucher :** 23h00 dans les chambres

- **Les traitements :**

La distribution des médicaments se fait dans la salle de soins.

Les horaires de distribution sont les suivants: de 7h30 à 8h30, de 12h30 à 13h30, de 19h00 à 20h00.

Vous ne devez utiliser aucun médicament personnel sans accord du médecin responsable de l'unité de soins. Celui-ci détermine la nécessité ou non d'utiliser ces médicaments. Il peut demander qu'ils soient remis à vos proches. En cas d'utilisation, ceux-ci doivent être mentionnés sur la prescription médicale. Ils seront conservés dans la salle de soins de l'unité pendant le temps de votre séjour. Ils pourront vous être restitués à la sortie sur avis médical.

- **Portes et portails :** sont fermés la nuit de 23h00 à 6h30.

- **Le respect d'autrui :**

Il vous est demandé de respecter le calme et la tranquillité des ateliers ainsi que d'appliquer les consignes des différents intervenants.

Il convient également de respecter la confidentialité des informations transmises durant les ateliers.

Il vous est également demandé de respecter le repos et la tranquillité de chacun, de respecter toute personne se trouvant dans l'établissement et les consignes formulées par le personnel de l'unité.

Tout acte commis avec intention de nuire, que ce soit vis à vis des personnes ou des biens est proscrit et pourra, le cas échéant, faire l'objet de poursuite et/ou d'exclusion de l'établissement.

- **Les locaux :**

Nous vous demandons de prendre soin du mobilier et du matériel mis à votre disposition.

Tout dégât occasionné dans l'enceinte de l'établissement par la non-observance de ce règlement sera à la charge de l'auteur. L'établissement décline toute responsabilité.

- **Les denrées alimentaires :**

Par mesure d'hygiène, nous vous demandons de ne pas introduire de denrées alimentaires périssables au sein de l'unité. L'apport de paquets de gâteaux, chocolat et autres friandises peuvent être autorisés s'ils sont en petite quantité, dans le cas contraire ils seront rangés et rendus en fin de semaine.

Les aliments fournis par la cuisine de l'hôpital doivent rester dans l'unité. Il est strictement interdit de les sortir de l'établissement.

- **Tenue vestimentaire :**

Une tenue vestimentaire convenable dans la collectivité est souhaitée de jour comme de nuit.

Il vous est demandé de prévoir un nécessaire de toilette (produits non alcoolisés, les parfums ne sont pas autorisés et les rasoirs seront remis aux IDE).

- **Les activités sportives :**

Il vous est conseillé de prendre des vêtements et chaussures de sport confortables.

- **Comportement :**

Les comportements inadaptés tels qu'agressivité, violence, relations sexuelles, ne sont pas autorisés dans l'unité de soins. **Les consommations d'alcool, de médicaments non prescrits ou de toxiques sont strictement interdites. L'équipe soignante est susceptible de faire des tests de dépistage de manière inopinée.**

Sécurité :

En cas d'incendie, il vous est demandé d'attendre les consignes du personnel formé à cet effet. Il est interdit de fumer à l'intérieur des locaux (y compris pour les cigarettes électroniques) conformément au décret n°2006-1386 en date du 15 novembre 2006.

Votre sortie:

Les valeurs déposées vous seront restituées aux heures d'ouverture du guichet unique du CHD uniquement entre 8h et 16h, du lundi au vendredi, fermeture le week-end et les jours fériés.

Toute décision de sortie est prise d'un commun accord avec vous. Cependant, dans le cas où vous n'adhérez pas au projet ou transgresseriez les règles de fonctionnement et de sécurité, l'interruption de votre séjour peut être décidée par le médecin référent de l'unité.

Date :

Docteur LAPUJOLADE,
Médecin responsable de l'unité,

Gaëlle LEFAUCHEUX,
Cadre de santé

Docteur COLLOMP
Médecin responsable HTC

Le / la patient(e)

Mise à jour le 30/06/2022

UNITE D'HOSPITALISATION A TEMPS PLEIN :
PAUL CEZANNE CHANTEAU
69, rue Neuve – 45400 CHANTEAU
☎ : 02.38.75.16.36.

Dr François COLLOMP

Dr Sophie LAPUJOLADE

<p>ENGAGEMENT MORAL DE SOINS POUR L'HOSPITALISATION A TEMPS PLEIN</p>

Je m'engage sur les points suivants :

1. Je participe à tous les ateliers thérapeutiques organisés pendant mon séjour.
2. Je suis abstinent(e) de toute substance psychoactive (alcool, cannabis...) et de toute consommation médicamenteuse en dehors du traitement prescrit, y compris pendant les weekends.
3. Je me montre respectueux(se) à l'égard d'autrui.
4. Je n'entretiens aucune relation amoureuse.
5. Je m'engage à respecter le règlement intérieur.

Une rupture dans cet engagement que je signe remet en cause le déroulement de mon hospitalisation.

Fait à Chanteau, le

Signature