



**centre
les métives**

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION EN ALCOOLOGIE - ADDICTOLOGIE


EVEA : Association gestionnaire

SITE DE LA ROCHE SUR YON

2, rue Victor Hugo - B.P. 113
85003 LA ROCHE SUR YON Cedex
Fax : 02 51 46 09 64

SITE DES SABLES D'OLONNE

44, boulevard Pasteur - B.P. 70363
85108 LES SABLES D'OLONNE Cedex
Fax : 02 51 21 87 77

 : **02-72-71-40-06**

Site Internet : **www.lesmetives.com**

Email : **info@lesmetives.com**

DEMANDE D'ADMISSION *

NOM et Prénom :

Adresse :

.....

.....

 :

.....

*** à ré-expédier avec le dossier complet sur le site de La Roche Sur Yon,
en y joignant obligatoirement :**

- une lettre de motivation, accompagnée d'une photo,
- les copies des cartes de sécurité sociale et d'assurance mutuelle ou complémentaire santé.

Nature de la demande (à compléter impérativement) :

- hospitalisation complète de 3 mois, (UF 2, Les Sables) :**
préciser → accueil parent(s) enfant(s)
- hospitalisation complète de courte durée, (UF 3, La Roche)**
- alternatives à l'hospitalisation, (UF 4, La Roche) :**
préciser → hospitalisation de jour, (9 h. / 17 h.)
préciser → hospitalisation de jour à temps partiel
préciser → soutien au sevrage ambulatoire

FICHE PATIENT

Vous avez décidé de faire une demande d'admission dans notre établissement, et nous vous remercions de votre confiance. C'est une aventure difficile, mais qui favorise néanmoins des apprentissages nouveaux. « ... *L'abstinence n'est pas une fin en soi, mais un moyen pour atteindre un nouvel équilibre de vie sans alcool, et une étape vers une meilleure qualité de vie...* », (extrait de la Charte fondatrice des Métives).

Vous bénéficierez aux Métives d'un programme de soins organisé en modules. A partir d'objectifs définis en début de séjour avec chaque membre de l'équipe thérapeutique dans son champ de compétences, il sera fait un point avec vous à la fin de chacun des 2 premiers mois. Cela signifie aussi qu'il pourra être mis fin à votre soin, soit par vous-même, ou soit par l'équipe thérapeutique, en cas d'incompatibilité entre vos attentes et les objectifs de l'établissement. Nous vous demanderons toutefois de faire un point ensemble au cas où vous décideriez d'arrêter prématurément la prise en charge.

Nous vous remercions de remplir ce dossier le plus complètement et précisément possible, en y joignant obligatoirement :

- **une lettre de motivation, accompagnée d'une photo,**
- **les copies des cartes de sécurité sociale et d'assurance mutuelle ou complémentaire santé.**

Il est important pour nous de pouvoir clarifier votre demande et vérifier qu'elle corresponde à notre offre de soins. L'étude de votre dossier pourra être complétée par un entretien préalable pour mieux nous assurer de l'adéquation entre vos attentes et le programme thérapeutique proposé.

La décision de vous accueillir dans l'établissement, ainsi que la date et l'organisation de votre entrée, vous seront communiquées par Bernard CHENU, animateur chargé des admissions (☎ : 02-72-71-40-03). Il en sera de même en cas de refus. Lors de votre admission au centre, vous devrez arriver sevré(e) et non alcoolisé(e). Un contrôle d'alcoolémie sera effectué, ainsi qu'une recherche de substances psycho-actives (cannabis) dans les urines.

L'équipe soignante, seule, ne fera sans aucun doute pas mieux que votre famille, vos amis et vos proches, sans leur aide. C'est pourquoi, dès maintenant, nous vous sollicitons, si vous le voulez bien, pour les rencontrer rapidement, même si vos relations sont parfois difficiles et tendues. Indiquez ci-après le(s) membre(s) de votre famille ou de votre entourage qui peut(vent) vous accompagner dans votre soin :

NOM : _____ Prénom : _____ Lien de Parenté : _____

NOM : _____ Prénom : _____ Lien de Parenté : _____

Le Directeur : Marcel TENAILLEAU

ENGAGEMENT

Je soussigné(e) : _____ déclare avoir pris connaissance du règlement du Centre « LES MÉTIVES » et m'engage à m'y conformer pour la durée de mon séjour.

Conformément à l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, je déclare être informé(e) du caractère obligatoire des réponses au dossier d'admission, que ces informations seront traitées confidentiellement par le secrétariat et transmises au service médical et social. Au cours du séjour, les informations administratives et sociales pourront être consultées en vue de leur rectification.

A :

le :

Signature (obligatoire) :

CENTRE LES MÉTIVES

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION EN ALCOOLOGIE - ADDICTOLOGIE

SITE DE LA ROCHE SUR YON

2, rue Victor Hugo - B.P. 113
85003 LA ROCHE SUR YON Cedex
☎ 02 51 37 54 11- Fax : 02 51 46 09 64
E.mail : laroche@lesmetives.com

SITE DES SABLES D'OLONNE

44, boulevard Pasteur - B.P. 70363
85108 LES SABLES D'OLONNE Cedex
☎ 02 51 21 87 80 - Fax : 02 51 21 87 77
E.mail : lessables@lesmetives.com

Site internet : www.lesmetives.com

FICHE ADMINISTRATIVE

NOM : **Prénom :**

.....

NOM de jeune fille : **Sexe :** masculin

féminin

Date de naissance : **Lieu de naissance :**

.....

Adresse actuelle :

.....

.....

..

Téléphone :

Nationalité (E/F) :

Religion (facultatif) :

Personnes à contacter en cas d'urgence (avec N°s de Téléphone) :

.....

..

.....

..

.....

..

.....

..

ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE délivrant la prise en charge principale :

- Intitulé :
- N° de téléphone :
- Adresse :
- Nom de l'assuré :
- N° d'immatriculation :

(Prière de joindre photocopie de l'attestation actualisée d'ouverture des droits de l'organisme d'affiliation – se munir de la carte vitale mise à jour à l'admission)

MUTUELLE de santé complémentaire :

- Intitulé :
- N° de téléphone :
- Adresse :
.....
- Nom de l'assuré :
- N° d'adhérent :

(Prière de joindre photocopie de la carte d'adhérent mise à jour)

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

(prière de joindre photocopie de l'attestation d'affiliation)

Rappel : Joindre obligatoirement, lettre de motivation et photo récente.

CENTRE LES MÉTIVES

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION EN ALCOOLOGIE - ADDICTOLOGIE

SITE DE LA ROCHE SUR YON

2, rue Victor Hugo - B.P. 113
85003 LA ROCHE SUR YON Cedex
☎ 02 51 37 54 11- Fax : 02 51 46 09 64
E.mail : laroche@lesmetives.com

SITE DES SABLES D'OLONNE

44, boulevard Pasteur - B.P. 70363
85108 LES SABLES D'OLONNE Cedex
☎ 02 51 21 87 80 - Fax : 02 51 21 87 77
E.mail : lessables@lesmetives.com

Site internet : www.lesmetives.com

FICHE SOCIALE

NOM : **Prénom :**

- SERVICE SOCIAL ayant fait avec le (la) patient (e) la demande de cure :

Intitulé du service social :

Nom du travailleur social :

Adresse :

Téléphone :

(A défaut, nom de la personne ayant renseigné cette fiche, sa fonction, ses coordonnées) :

.....
.....
.....

- SITUATION FAMILIALE DU (DE LA) PATIENT(E) :

célibataire marié(e) remarié(e) veuf(veuve)

divorcé(e) concubinage séparé(e) P.A.C.S.

depuis le

.....

- Age et profession du (de la) conjoint(e) :

- Nom et âge des enfants :, né(e) le :

....., né(e) le :

....., né(e) le :

- Nombre d'enfants à charge :

- Climat des relations familiales :

- NOM, adresse et téléphone du Tuteur ou Curateur légal (le cas échéant) :

.....

.....

.....

CENTRE LES MÉTIVES

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION EN ALCOOLOGIE - ADDICTOLOGIE

SITE DE LA ROCHE SUR YON

2, rue Victor Hugo - B.P. 113
85003 LA ROCHE SUR YON Cedex
☎ 02 51 37 54 11- Fax : 02 51 46 09 64
E.mail : laroche@lesmetives.com

SITE DES SABLES D'OLONNE

44, boulevard Pasteur - B.P. 70363
85108 LES SABLES D'OLONNE Cedex
☎ 02 51 21 87 80 - Fax : 02 51 21 87 77
E.mail : lessables@lesmetives.com

Site internet : www.lesmetives.com

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

à faire compléter impérativement par un médecin et à retourner
sous pli fermé à l'intention du médecin de l'établissement

NOM : **Prénom :**

Age :

1) INDICATION DE POST-CURE POSEE PAR :

Etablissement de Santé :

Adresse :

Tél. : **Fax :** **e-mail :**

Motif de l'hospitalisation actuelle :

Date d'entrée : **Date de sortie prévue :**

Ou Médecin :

Adresse :

Tél. : **Fax :** **e-mail :**

2) HISTOIRE DE L'EXOGENOSE :

• conditions de début :
.....
.....

• durée –mode :
.....
.....

• dépendance :
.....
.....

• cures ou sevrages antérieurs (dates et lieux) :
.....
.....
.....

- Antécédents familiaux :

.....
.....

- Post-cures antérieures (dates et lieux) :

.....
.....

- Comment le malade est-il venu à envisager cette démarche de soins :

.....
.....

3) **ANTECEDENTS** :

- Médicaux :

.....
.....

- Chirurgicaux :

.....
.....

- Traumatismes :

.....
.....

- Médico-légaux :

.....
.....

- Autres addictions (toxicomanie,..) :

.....
.....

- Psychiatriques (psychose, névrose, ou autre...)

.....
.....

4) EXAMEN + BILAN CLINIQUES ACTUELS :

- Taille
- Poids
- Troubles métaboliques, pneumologiques, hépatiques, viscéraux et cliniques :
.....
.....
- Bilan biologique (Gama GT, VGM., ...) : joindre les derniers bilans, si possible
.....
.....
.....
- Bilan sérologique (hépatites B et C, VIH, ...)
.....
.....
.....
- BCG : date du vaccin :
Résultats de radiographie des poumons inférieure à 3 mois :
.....
.....
.....
- Vaccination antitétanique à jour
.....
.....
.....
- Examen neurologique (épilepsie et autres manifestations encéphalopathiques ou périphériques)
.....
.....
.....
- Etat psychopathologique et comportemental actuel :
.....
.....
.....

- Fonctions locomotrices (autonomie) :

.....
.....
.....

- Traitement en cours :

.....
.....
.....

- Contre-indications aux activités sportives :

.....
.....
.....

5) CLIMAT DES RELATIONS FAMILIALES :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

6) DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :

Date :

Signature et adresse lisible
cachet du médecin