ETABLISSEMENT DE SANTE A.N.A.S.
Le Courbat - 37460 LE LIEGE
SMR - A. Établissement mixte. Finess : 37 0000 184
accueil@lecourbat.fr Tél : 02 47 91 22 22

ÉTABLISSEMENT NON-FUMEUR

Vapotage autorisé

DOSSIER ADMINISTRATIF DU PATIENT

(À remplir par le 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**

Logement : ☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Famille* ☐ Amis* ☐ Foyer* ☐ SDF

***Fournir attestation d'hébergement pour ces 3 situations (page 6).**

Démarches en cours : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Profession : .....

Si sans profession : ☐ Chômage ☐ Retraite ☐ Invalidité(e) ☐ AAH ☐ RSA

Patient issu ou retraité d'un ministère ☐ Oui ☐ Non Si oui préciser le ministère : .....

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 : .....

Êtes-vous bénéficiaire : ☐ CMU (C2S) ☐ ALD* ☐ Invalidité* ☐ Accident de travail*

***Impérativement fournir un justificatif pour ces trois situations**

Avez-vous des démarches administratives en cours ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Attente de C2S

Si oui préciser : .....

Nous vous remercions de nous avertir de tout changement administratif au cours de votre séjour.

Mutuelle (joindre une photocopie recto-verso de votre carte mutuelle en cours de validité, OBLIGATOIRE)

Nom de la mutuelle : .....

En portabilité ☐ OUI ☐ NON

Demandez-vous une chambre particulière : ☐ OUI ☐ NON

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

Nous vous informons qu'il vous appartient de vérifier auprès de votre mutuelle, la prise en charge de votre forfait journalier (et ticket modérateur si vous êtes pris en charge à 80 % par la Sécurité Sociale) pour notre Établissement en précisant le code discipline 518. Ce code étant exclu des garanties de certaines mutuelles, les frais resteront à votre charge en cas d'absence de prise en charge.

SERVICE SOCIAL :

Avez-vous une mesure de protection ? ☐ OUI ☐ NON

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

Adresse : .....

Numéro de téléphone : ..... Numéro de Fax : .....

Fournir justificatif décision de tutelle, curatelle ou habilitation familiale

---

SUIVI JUDICIAIRE : (le cas échéant)

.....

.....

AUTRES :

Possédez-vous un DMP (Dossier médical partagé) ? ☐ OUI ☐ NON

Le formulaire d'autorisation d'alimentation du DMP est obligatoire (page 10).

Êtes-vous adhérent ANAS ? ☐ OUI ☐ NON **Si oui, merci de joindre une copie de votre carte d'adhérent.**

RECAPITULATIF DES PIECES JUSTFICATIVES A FOURNIR :

- **Photocopie d'une pièce d'identité**
- **Photocopie de votre carte d'adhésion à l'ANAS (si vous êtes adhérent)**
- **Photocopie de l'attestation vitale en cours de validité (papier accompagnant la carte vitale)**
- **Justificatif décision de tutelle, curatelle ou habilitation familiale si tel est le cas.**
- **Justificatif invalidité, justificatif accident de travail, courrier de notification ALD**
- **Carte de mutuelle en cours de validité**
- **Carte de vaccinations et attestation vaccination COVID**
- **Dossier médical récent, radios, actes biologiques etc…**

Règlement uniquement par carte bancaire ou espèce.

IMPERATIF : **En cas de sortie de milieu hospitalier,** nous vous remercions de vous munir **d'un bulletin de sortie** du centre hospitalier. (Rappel : la sortie du CH doit se faire le même jour que l'entrée à l'Etablissement de santé ANAS – Le Courbat).

DEMANDE D'AUTORISATION PHOTOGRAPHIQUE

(prendre et utiliser une photographie numérique dans le cadre du dossier médical informatisé)

Madame, Monsieur,
Nous souhaitons obtenir votre autorisation afin de réaliser votre portrait numérique. Cette image sera utilisée dans le Dossier médical informatisé afin d'assurer un élément supplémentaire pour l'identitovigilance (système de surveillance et de gestion des risques et erreurs liés à l'identification des patients). Votre photographie est destinée à une utilisation exclusivement professionnelle, elle ne sera ni communiquée à d'autres personnes, ni vendue, ni utilisée à d'autres usages, dans le respect du formalisme de la loi Informatique et Libertés, avec l'autorisation de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Le libre accès aux données photographiques vous concernant est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de cette photographie si vous le jugez utile. Par conséquent, vous voudrez bien compléter le formulaire ci-dessous nous autorisant à faire votre portrait et à le mettre à disposition dans le dossier médical informatisé de l'établissement. Par avance, nous vous remercions pour votre collaboration. La direction

---

Je soussigné(e) ☐ Madame ☐ Monsieur

(nom et prénom) : .....

demeurant (indiquez votre adresse) .....

.....

autorise le SMR-A ANAS Le Courbat 37460 Le Liège à :

- Faire mon portrait (sous forme numérique),
- Stocker cette image sur le serveur de l'établissement,
- Diffuser cette image dans le cadre de l'identitovigilance du dossier médical informatisé.

A ..... signature :

Le : .....

Personne majeur sous tutelle

Je soussigné(e) ☐ Madame ☐ Monsieur (nom et prénom) : .....

Demeurant (indiquez votre adresse) : .....

Agissant en qualité de ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐Autre (précisez) : .....

Demeurant : ☐ à la même adresse ☐ à une autre adresse (indiquez l'adresse)

.....

Autorise le SMR-A ANAS Le Courbat 37460 Le Liège à : faire le portrait (sous forme numérique), stocker cette image sur le serveur de l'établissement, diffuser cette image dans le cadre de l'identitovigilance du dossier médical informatisé.

A ..... Signature :

Le : .....

ETABLISSEMENT DE SANTE A.N.A.S.
Le Courbat - 37460 LE LIEGE
SMR - A. Établissement mixte. Finess : 37 0000 184
accueil@lecourbat.fr Tél : 02 47 91 22 22

DOSSIER MEDICAL

(À remplir par le médecin)

Nom d'usage et prénom du patient : .....

Date de naissance : .....

N° de téléphone portable : .....

Service adresseur : .....

Conduites addictives :

MOTIF DE LA DEMANDE ACTUELLE. DEGRE DE GRAVITE (LEGER/MODERE/ SEVERE)

Alcool	
Tabac	
Cannabis	
Cocaïne	
Héroïne	
Antalgiques opiacés	
Benzodiazépines, psychotropes	
Addictions comportementales	
Présence d'un trouble stress post traumatique	
Épuisement professionnel	
Séjour de soutien*	

*Les séjours de soutien ont pour objectif un accompagnement basé sur 15 jours d'hospitalisation

---

MOTIF DE LA DEMANDE D'HOSPITALISATION :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom d'usage et prénom du patient : .....

Antécédents :

Médicaux : .....

Chirurgicaux : .....

Psychiatriques (dont antécédents suicidaires) : .....

Addictifs : .....

Allergies : .....

Traitement en cours*: ☐ Oui ☐ Non ***Fournir l'ordonnance (OBLIGATOIRE)**

- **Fournir lettre de motivation et carnet de santé (ou de vaccination y compris COVID 19)**
- **Pour les patients suivis, merci d'adresser le dernier bilan cardiologique effectué**

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

Le patient peut-il :

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

Son état clinique est-il stable ?

- Physique : .....
- Psychique (dont idées suicidaires) : .....
- Troubles de la personnalité : .....

Le patient est-il appareillé : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, le(s)quel(s) ? : .....

Restriction(s) à l'activité sportive : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, le(s)quelle(s) ? : .....

Le patient parle et comprend le français : ☐ Oui ☐ Non

Patient issu d'un ministère : ☐ Oui ☐ Non

Un bilan sanguin est requis seulement avant une entrée directe (si accord sans sevrage de notre médecin) : NFS, Plaquettes, TP, iono + Glycémie + Créatinémie, bilan hépatique, TSH, TG + cholestérol, sérologies hépatiques, syphilis et HIV.

Organisation du sevrage hospitalier préalable au séjour par vous-même ? : ☐ Oui ☐ Non

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

.....

.....

Le :

Nom et signature du praticien adresseur :

ATTESTATION D'HEBERGEMENT

Je soussigné(e), Mr ou Mme : .....

Né(e) le :.....

Demeurant à : .....

Joindre la photocopie de la pièce d'identité de l'hébergeur

Atteste sur l'honneur héberger à mon domicile ci-dessus mentionné : .....

Mr ou Mme : .....

Né(e) le : .....

Je m'engage à sa sortie d'hospitalisation à poursuivre cet hébergement.

Date .....

Signature de l'hébergeur :

Nous vous rappelons qu'il est important que le patient soit informé que le temps de séjour étant court par rapport aux délais administratifs actuels, le service social ne peut en aucun cas garantir un logement à la sortie d'hospitalisation.

Code Pénal – Article 441−1 Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour eff et d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amendes.

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 : ☐ Mr ☐ Mme .....

Tél : .....

Lien de parenté : .....

Je soussigné (e) Nom et Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../.....

Accepte de représenter Mr ou Mme : .....

en tant que personne de confiance.

Le :

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

DIRECTIVES ANTICIPEES

Vous allez entrer au centre ANAS le Courbat. Ce peut être le moment de prendre des décisions importantes, qui pourront être utiles un jour. Les prendre aujourd'hui évitera que d'autres les prennent ce jour-là à votre place, sans que vos volontés puissent être respectées, faute de les connaître. La loi Claeys-Léonetti du 2 février 2016, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, permet à toute personne majeure de rédiger des directives anticipées.

Définition
Les directives anticipées sont des instructions écrites que donne par avance une personne majeure consciente, pour le cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté chez qui est envisagé l'arrêt ou la limitation d'un traitement inutile ou disproportionnée ou la prolongation artificielle de la vie

Comment les rédiger ?
Il s'agit d'un document écrit, que vous aurez daté et signé. Votre identité doit y être clairement indiquée (nom, prénom, date et lieu de naissance).

Durée de validité
Vos directives anticipées sont valables autant de temps que vous le souhaitez, sans qu'un renouvellement ne soit nécessaire de votre part. Vous pouvez à tout moment les révoquer, les modifier partiellement ou totalement. En présence de plusieurs écrits répondant aux conditions de validité, le document le plus récent l'emporte.

Conservation
Vos directives anticipées seront le cas échéant conservées dans votre dossier médical, soit celui constitué par votre médecin de ville, soit en cas d'hospitalisation dans celui de l'hôpital. Vous pouvez également conserver vous-même vos directives anticipées ou les remettre à votre personne de confiance, à un membre de votre famille ou à un proche.

Je soussigné(e) : NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le :..... A (Lieu de naissance) : .....

Domicilié (adresse complète) : .....

.....

Déclare ci-dessous mes directives anticipées telles que le permet la loi du 2 février 2016, dans le cas où je serai incapable d'exprimer ma volonté :

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à :

Le :

Signature :

Références concernant les directives anticipées

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Article L1111-11

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux. A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Les directives anticipées sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

Article L1111-4

[...]Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. [...]

Article R1111-17

Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur, majeur, dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance. La personne majeure sous tutelle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.

Toutefois lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée en application de l'article L. 1111-6, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.

Les directives anticipées peuvent être, à tout moment, soit révisées, soit révoquées. Elles sont révisées selon les mêmes modalités que celles prévues au premier alinéa pour leur élaboration. En présence de plusieurs écrits répondant aux conditions de validité, le document le plus récent l'emporte.

Article R1111-18

I.-Le modèle mentionné à l'article L. 1111-11, selon lequel peuvent être rédigées les directives anticipées, comporte :

1° Les informations suivantes :

a) Les éléments d'identification mentionnés à l'article R. 1111-17 relatifs à l'auteur des directives ;

b) Les éléments d'identification de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 ;

c) Le cas échéant, les mentions relatives aux autorisations nécessaires en cas de mesures de tutelle mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 1111-6 ;

d) Lorsque la personne est dans l'impossibilité physique d'écrire ses directives anticipées, les informations relatives aux deux témoins prévus à l'article R. 1111-17 ;

2° La volonté de la personne sur les décisions médicales relatives à sa fin de vie concernant les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux dans le cas où elle ne serait plus en capacité de s'exprimer. Le modèle permet à la personne d'exprimer sa volonté selon l'un ou l'autre des cas suivants :

a) Dans le cas où elle est en fin de vie ou se sait atteinte d'une affection grave, la personne exprime sa volonté concernant son éventuelle situation future et sur la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de traitements et d'actes médicaux, notamment ceux entrepris dans le cadre de son affection ;

b) Dans le cas où elle ne pense pas être atteinte d'une affection grave, elle exprime sa volonté concernant son éventuelle situation future et la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de traitements et d'actes médicaux dans l'hypothèse où elle serait victime d'un accident grave ou atteinte par une affection grave ;

3° Une rubrique permettant à la personne d'exprimer sa volonté sur la possibilité de bénéficier d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès lorsque, dans les hypothèses prévues par l'article L. 1110-5-2, les traitements la maintenant en vie sont arrêtés ;

4° Une rubrique relative à la révision ou la révocation des directives anticipées.

II.-Le modèle de directives anticipées, dont le contenu est conforme aux dispositions mentionnées au I, est précisé par arrêté du ministre chargé de la santé.

III.-Des guides élaborés par la Haute Autorité de santé pour aider le public et les professionnels de santé et du secteur médico-social et social à la rédaction des directives anticipées à partir du modèle mentionné au II sont consultables sur le site de la Haute Autorité de santé.

LE COURBAT

Demande d'autorisation d'alimenter « Mon espace santé »

Etablissement de santé SMR-A

Madame, Monsieur,
Nous souhaitons obtenir votre autorisation afin d'alimenter et consulter votre espace santé.
Par avance, nous vous remercions pour votre collaboration.

« Mon Espace Santé » qu'est-ce que c'est ?
L'alimentation de Mon espace santé, c'est obligatoire et systématique, sauf si le patient s'y oppose pour motif légitime après que vous l'ayez informé de ses droits. Ces obligations sont définies dans l'article L. 1111-15 du Code de la santé publique et dans l'arrêté du 26 avril 2022. Cette fiche vous détaille les règles et les implications pratiques.
Dans son profil Mon espace santé, l'usager peut :
● enregistrer des documents ;
● consulter les documents y compris ceux alimentés par ses professionnels de santé ;
● être notifié et consulter les traces des accès des professionnels de santé à son DMP ;
● gérer la confidentialité des données et l'accès des professionnels de santé (masquer tout ou partie des documents de son DMP, bloquer l'accès des professionnels de santé, y compris les accès en cas d'urgence).
Concrètement,
Si vous êtes consentant, l'établissement alimentera votre Espace Santé avec les différents documents issus de votre séjour (directives anticipées, personne de confiance, biologie, compte rendu …).
Si vous n'êtes pas consentant, aucun document issu de votre séjour ne sera intégré dans votre Espace Santé et votre refus sera notifié sur notre logiciel métier.
Par ailleurs vous pouvez changer d'avis à n'importe quel moment de votre séjour. Pour ce faire il faudra le signifier auprès du secrétariat médical qui interviendra dans l'immédiat.
Pour plus d'information des flyers sont disponibles à l'accueil, au secrétariat médical et auprès de l'assistante sociale.
En ce qui concerne la consultation de votre Espace Santé, seuls nos médecins sont habilités à y avoir accès, et le feront si nécessaire, uniquement avec votre consentement.

Je soussigné(e) ☐ Madame ☐ Monsieur (précisez le nom et prénom) : ……

Autorise le SMR-A ANAS Le Courbat à alimenter Mon Espace Santé

☐ Oui ☐ Non

Autorise le SMR-A ANAS Le Courbat à consulter Mon Espace Santé

☐ Oui ☐ Non

A Le Liège, Le ……./……./…… Signature :

Personne majeur sous tutelle
Je soussigné(e) ☐ Madame ☐ Monsieur (précisez le nom et prénom) : ……

Demeurant (indiquez votre adresse) ……..

Agissant en qualité de ☐Père ☐Mère ☐ Tuteur ☐Autre (précisez) : ……
De ☐ Madame ☐ Monsieur (précisez le nom et prénom) : ……

Autorise le SMR-A ANAS Le Courbat à alimenter et consulter Mon Espace Santé du patient
A le Liège,

Le ……/……../…… Signature :

EFFETS PERSONNELS A NE PAS OUBLIER

(Ce document est à conserver par vos soins)

Nécessaire de toilette

- Savon
- Shampoing
- Dentifrice et brosse à dents
- Serviettes et gants de toilettes
- Tapis de bain
- Serviette de table

Vêtements

- Tenues de sport et chaussures adaptées (marche, course à pied, sports extérieurs…)
- Tee-shirt
- Vêtements de nuit
- Autres vêtements de ville confortables
- Vêtements et chaussures pour jardiner + Bottes + Gants
- Vêtements de pluie
- Gants et écharpes pour l'hiver
- Casquette et lunettes de soleil en été
- Lessive

Les draps sont fournis.
Une machine à laver et un sèche-linge sont à votre disposition (voir les modalités à l'accueil).
Pensez à apporter une tasse/un verre et/ou une gourde et une petite cuillère pour bénéficier de la fontaine à eau chaude ou froide et des stylos pour vos activités.

Aucune monnaie n'est possible sur place, pensez à en apporter si vous souhaitez utiliser le distributeur.

Caution pour la clé de chambre

Une caution d'un montant de 20 € vous sera demandée lors votre admission.
Cette somme peut être remise en espèces, en CB ou par chèque (non encaissé).
Le montant total de cette garantie vous sera rendu à la fin de votre hospitalisation en échange de la clé de votre chambre (ou par chèque à votre adresse si le règlement a été fait en CB).