



Service d'Addictologie

Institut MGEN La Verrière

La Verrière – BP 601 78321 – Le Mesnil Saint Denis Cedex

Tél. : 01.39.38.77.66

Mail : ocarneiro@mgen.fr

Fax : 01.39.38.78.69

DOSSIER DE PREADMISSION

- Unité de sevrage complexe**
- Unité de soins médicaux de réadaptation**

Dossier constitué de 3 parties :

- **Une partie administrative et sociale**
- **Une partie médico-psychologique**
- **Une lettre de motivation.**

Le dossier ne peut être étudié que COMPLET.

La prise en charge thérapeutique en Addictologie s'adresse à des patients présentant une addiction résistante et sévère à un produit (alcool, cannabis, médicaments type benzodiazépines, antalgiques, opiacés avec substitution), accompagnée ou non de comorbidités psychiatriques ou somatiques non évolutives.

Le patient doit être motivé autour d'un projet thérapeutique et ne présentant pas de troubles neuropsychologiques importants (KORSAKOFF, ...)

Admission :

La date d'admission sera fixée à la suite :

- De l'étude du dossier par la commission médicale et soignante.
- Puis d'un entretien téléphonique de préadmission.

I – RENSEIGNEMENTS **ADMINISTRATIFS et SOCIAUX :**

I. ETAT CIVIL

Nom : Prénom :
Sexe : Date de naissance :
Adresse :
Téléphone :

II. SITUATION FAMILIALE

Marié(e) Célibataire Séparé(e) Divorcé(e)
Pacsé(e) Vie maritale Veuf (ve)

Nombre d'enfants :

Dont à charge :

Mesure administrative ou judiciaire concernant les enfants.

Coordonnées du référent :

III. SITUATION PROFESSIONNELLE

- Salarié(e) : Coordonnées de l'employeur :
- Invalidité :
- Demandeur d'emploi : indemnisé non indemnisé
- Retraité(e)
- RSA
- Allocation Adulte Handicapé :
- Autre :

IV. LOGEMENT

Propriétaire Locataire Hébergé dans la famille
Hébergé chez des amis En structure d'accueil S.D.F Vit seul(e)

POUR LES PERSONNES SANS LOGEMENT, JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT D'HEBERGEMENT A LA SORTIE.

V. DROITS SECURITE SOCIALE ET MUTUELLE

1) **Organisme sécurité sociale** (Joindre attestation carte vitale)

- N° immatriculation :
- Adresse et Tél de la caisse :
- C.M.U
- Droits à : 80% 100%
- A.L.D 30

2) **Organisme mutuelle** (Joindre copie de la carte mutuelle)

- N° de contrat :

- Adresse et Tél de la Mutuelle :
- C.M.U.C

La mutuelle prend elle en charge les séjours en S.M.R. (DMT 214) ?
Nombre de jours de forfait hospitalier restant à l'admission ? :

FICHE SOCIALE

Nom : Prénom

Service social ayant accompagné la demande de post cure :

Intitulé du service :

Nom du travailleur social :

Adresse :

Tél :

Mail :

1) Mesure de protection :

MASP

Sauvegarde de justice

Curatelle simple

Curatelle renforcée

Tutelle

Date de la mesure :

Nom du curateur ou du tuteur :

Adresse :

Tél :

2) Suivi judiciaire

Date de la mesure :

Nom du référent :

Nom du service :

Adresse :

Tél :

3) Projet en cours

Démarches en cours : administratif, financier, professionnel, logement, familial

4) Projet après la sortie

5) Informations ou coordonnées complémentaires

II - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET PSYCHOLOGIQUES

PATIENT :

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

COORDONNEES DU MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Nom du médecin :

Spécialité :

Etablissement :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

DEMANDE :

- SEVRAGE
- POSTCURE

ANTECEDENTS ADDICTOLOGIQUES ET HOSPITALISATIONS :

- Histoire des addictions :

- Cures antérieures : (dates et établissements)

- Séjours antérieurs en SMRA (ou postcures) :

ANTECEDENTS SOMATIQUES : (joindre les comptes-rendus et courriers à votre disposition)

- Médicaux :

- Chirurgicaux :

- Allergiques :

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES : (joindre les courriers à votre disposition).

- Pathologies, traitements, hospitalisations :

- Tentatives de suicide : (détailler les dates, circonstances et méthodes)

- Antécédents de comportement violent :
Oui Non

ETAT CLINIQUE ACTUEL :

1/ Etat psychologique et psychiatrique :

2/ Etat somatique : (joindre les comptes-rendus et courriers nécessaires).

Poids : Taille : IMC : TA : Pouls :

- Appareil cardio-vasculaire :

- Appareil digestif :

- Appareil neurologique :
 - Antécédents de crise comitiale : oui non
 - Autre atteinte neurologique :

Autres éléments : (comptes-rendus d'IRM cérébrale, de scanner cérébral, d'électromyogramme).

- Appareil respiratoire :

- Appareil locomoteur :

Myopathie éthylo-carentielle : oui non
Autre :

- Appareil génito-urinaire, gynécologique, endocrinien :

- Autres :(état dentaire, organe des sens,..)

3/ Bilan biologique : (joindre une copie du dernier bilan)

4/ Traitement actuel et habituel :

5/ Suivi médical :

Coordonnées du médecin traitant

PROJET THERAPEUTIQUE PERSONNALISE :

Votre patient va bénéficier d'une prise en charge groupale et individuelle commune à tous les patients. Son objectif est l'appropriation de l'abstinence, la prévention des rechutes et des complications liées à la consommation.

Une prise en charge complémentaire, plus personnalisée sera également mise en œuvre.

Votre collaboration nous permettra de définir les soins les adaptés :

- Prise en charge des co-addictions :
 - Tabac
 - Médicaments
- Approfondissement de la prise en charge individuelle :
 - Somatiques
 - Diététiques
 - Psychologiques
 - Social
- Autres prises en charge (à préciser) :

Fait à le

Cachet du médecin

Signature

III- LETTRE DE MOTIVATION (à remplir par le patient)

Cette lettre va permettre de mieux vous connaître pour pouvoir répondre au mieux à vos attentes.

Préciser en quelques mots :

- **votre parcours avec l'alcool et/ou d'autres addictions** : (premières consommations, circonstances des consommations, début de la dépendance, effets recherchés et conséquences sur votre vie).

- **vos relations avec votre entourage (famille, amis), et quelle aide vous pouvez en attendre :**

- **Votre projet après la cure ou après la post cure** : (personnel, professionnel,)

- **Ce que vous attendez de votre séjour en Addictologie :**

- **Etes-vous en relation avec un mouvement d'anciens consommateurs ?**