

Identité du patient

Nom _____ Prénom _____ Sexe ☐ H ☐ F
 Nom de naissance _____ Né(e) le _____
 Téléphone (fixe) _____ Email _____
 Téléphone (portable) _____ Adresse _____
 CP _____ Ville _____

Médecin prescripteur du séjour

Nom-Prénom _____ Adresse _____
 CP _____ Ville _____ Email _____
 Téléphone _____ N°RPPS _____

Tampon du médecin

Hospitalisation souhaitée par le prescripteur et le patient

- ☐ Sevrage seul (14 à 21 jours) ☐ SMR seul (6 à 8 semaines)
☐ Sevrage puis SMR (8 à 10 semaines) ☐ Troubles cognitifs en lien avec l'alcool (3 moi)

SITUATION SOCIALE

N° Sécurité sociale ou AME _____
 ALD ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours
 Mutuelle (nom et n° d'adhérent) _____
 Complémentaire santé ☐ Oui ☐ Non ☐ Aucune
Situation familiale ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Concubinage
Situation actuelle ☐ En activité ☐ Demandeur d'emploi ☐ RSA ☐ Arrêt de travail
Ressources financière ☐ Salaire ☐ Retraite ☐ All. chômage ☐ RSA ☐ AAH ☐ Sans ressources

Nombre d'enfant(s) _____ Enfant(s) à charge _____

Logement

- ☐ Propriétaire ☐ Sans domicile ☐ Expulsion locative ☐ Hébergé(e) (joindre attestation de reprise à la fin du séjour)
☐ Locataire ☐ Foyer

Mesure de protection ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Mandataire familiale ☐ Mesure en cours

Nom du représentant légal et téléphone _____

Suivi social à l'extérieur Nom-Prénom _____ Email _____

Suivi judiciaire ☐ Oui ☐ Non Coordonnées : .

SITUATION MEDICALE

Traitement en cours ☐ Oui ☐ Non Joindre copie de l'ordonnance

Dépendances		Alcool	Cannabis	Cocaïne	Opiacés	Benzodiazépines	Autres (y compris sans produits : jeux, TCA, tabac,...)
Actuelles	Quantité						
	Fréquence						
	Depuis quand						
Anciennes	Quantité						
	Fréquence						
	Depuis quand						

Antécédents

Merci de joindre les comptes-rendus d'hospitalisation

Antécédents psychiatriques	
Antécédents médicaux	
Antécédents chirurgicaux	
Antécédents familiaux	
Antécédents gynécologiques	



Dossier d'admission Service Addictologie

Dossier à retourner à :

Mme CARNEIRO :

01 39 38 28 42

Mme CASTELLI :

01 39 38 77 86

Mail : ETA540-551-secretairesAddicto@mgen.fr

Le patient présente-il une ou plusieurs allergies ?

☐ Oui ☐ Non

Précisez _____

Préparation à l'entrée

A-t-on expliqué au patient la durée de son séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Existe-t-il des contre-indications à la pratique des activités physiques (cardio-respiratoire, fonctionnelle, ventilation non invasive) ?

☐ Oui ☐ Non Autre _____

Le patient nécessite t'il des aides dans les actes de la vie quotidienne ?

☐ Oui ☐ Non Précisez _____

Le patient nécessite t'il une remédiation cognitive ? ☐ Oui ☐ Non

Histoire personnelle et familiale

Le patient a t'il déjà effectué un séjour dans un établissement d'addictologie ?

Sevrage complexe (date et lieu) ☐ Oui ☐ Non _____

Sevrage SMR Addictologie (date et lieu) ☐ Oui ☐ Non _____

Projet à la sortie

- | | |
|--|---|
| ☐ Retour à domicile | ☐ Projet de vie personnes dépendantes (MAS, FAM, EHPAD) |
| ☐ Structures (CT, CTR) | ☐ Suivi ambulatoire (CSAPA, HDJ, CMP) |
| ☐ Autre | |

Merci de joindre une lettre de motivation du patient à la demande.