

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 mois)

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 <small>(y compris sans produits : jeux, TCA, tabac...)</small>
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	

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

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Retour à domicile | <input type="radio"/> Projet de vie personnes dépendantes (MAS, FAM, EHPAD) |
| <input type="radio"/> Structures (CT, CTR) | <input type="radio"/> Suivi ambulatoire (CSAPA, HDJ, CMP) |
| <input type="radio"/> Autre | |

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