

Médecin Chef de Pôle : Docteur T. SERRATO : tél : 01-69-25-67-07
Médecins Alcoologues : Dr T. PHAM – 01 69 25 67 07
Surveillante : Mme C. JAUDRONNET: tél : 01-69-25-64-75
Secrétaires Médicales : Mme M. VIEIRA : tél : 01-69-25-67-07
Mme I. JACQUIN (HDJ) tél : 01-69-25-65-14

DEMANDE D'ADMISSION

A remplir uniquement par le médecin

NOM DU PATIENT :

Prénom :

Date de Naissance :

PROJET THERAPEUTIQUE DU PATIENT

Merci de choisir le programme le plus adapté pour le patient :

Cocher le choix :

1 - Hospitalisation complète, post-sevrage, programme d'éducation thérapeutique de 28 jours en SSR :

2 - Hospitalisation complète, post-sevrage, de 28 jours SSR suivie d'une semaine d'Hôpital de jour (HDJ) pour une sortie progressive encadrée :

3 - Hôpital de jour (HDJ) uniquement (programme de 2 semaines du lundi au vendredi) :
(patient *abstinent ayant besoin de soutien, programme de consolidation*)

Joindre impérativement la lettre de motivation du patient

PRESCRIPTEUR

Nom du prescripteur :

Spécialité :

Etablissement :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

8, rue Roger Clavier
91700 Fleury-Mérogis

Tél : 01 69 25 64 00 • Fax : 01 69 04 70 59
SIRET : 493 567 523 00045 • APE : 8610Z
FINESS : 91 015 001 0
Établissement fondé par la FNDIRP

Nom du patient : Prénom :

HISTOIRE DE LA MALADIE

.....

Climat des relations familiales :

.....

Pour le patient, les motivations à la prise en charge sont-elles :

Injonction judiciaire Raisons sociales ou professionnelles Ultimatum familial
 Prise de conscience personnelle

ETAT ACTUEL DU PATIENT

Poids : *Taille :*

Etat physique général :

.....

Etat psychologique actuel (trouble de l'humeur, anxiété...) :

.....

Alcool : unités/j
 Tabac :cigarettes/j
 Cannabis
 Opiacés : Traitement de substitution ?
 Médicaments. Si oui, lesquels :
 Jeux
 Troubles alimentaires

Cœur/poumons :

.....

Système nerveux :

.....

Appareil génito-urinaires :

.....

Appareil digestif :

.....

Appareil locomoteur :

.....

8, rue Roger Clavier
91700 Fleury-Mérogis

Tél : 01 69 25 64 00 • Fax : 01 69 04 70 59
SIRET : 493 567 523 00045 • APE : 8610Z
FINESS : 91 015 001 0
Établissement fondé par la FNDIRP

Nom du patient : Prénom :

Le patient est-il capable de :				
- Se déplacer seul	<i>oui</i>		non	
- De faire sa toilette seul	<i>oui</i>		non	
- De manger seul	<i>oui</i>		non	
Existe-t-il une contre-indication à l'activité physique	<i>oui</i>		non	

Uniquement pour les demandes d'admission en HDJ : Merci de remplir le certificat médical de non contre-indication à l'activité physique ci-joint

EXAMEN COMPLEMENTAIRE

Impératif :
Merci de joindre une copie des derniers bilans biologiques comportant à minima les examens suivants :
CRP, GAMMA GT, Glycémie à jeun, NFS, VS, Plaquettes, Phosphatases alcalines sanguines, TGOT, TGPT, TP, CDT créatininémie

TRAITEMENT EN COURS

Dénomination	Posologie	Début	Durée	Commentaire

LE PATIENT EST-IL ACTUELLEMENT SUIVI (si oui, merci de noter les coordonnées précises)

Médecin traitant	
Psychiatre	
Psychologue	
Centre d'Alcoologie	
Autres (préciser)	

MEDECIN

NOM-Prénom **Tél :**

Date : **Signature et Cachet (obligatoire)**

Nom du patient : Prénom :

2 – RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

MESURE DE PROTECTION

Etes-vous concerné par :			Si oui, merci de noter les noms et coordonnées de votre mandataire, curateur ou tuteur :	
Sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
Curatelle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
Tutelle :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		

SITUATION SOCIALE

Retour au domicile	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Sans domicile fixe	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Hébergement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Si oui, préciser :
Mode de vie : <input type="checkbox"/> Seule <input type="checkbox"/> avec conjoint <input type="checkbox"/> avec famille <input type="checkbox"/> au domicile			

SITUATION PROFESSIONNELLE

Niveau d'étude :

Profession ou qualification professionnelle :

Emploi actuel :

Patient sans activité professionnelle :

Chômage :	Indemnisation Pôle emploi <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		RSA / RMI <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Arrêt de travail :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, depuis		
Invalidité :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, catégorie		
		AAH : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Pension d'invalidité : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Retraité : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Sans ressource : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Accompagnement social : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
si oui, coordonnées :				

SITUATION FINANCIERE

Difficultés financières régulières	Oui	Non
Surendettement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Dossier de surendettement : <input type="checkbox"/> oui (date de dépôt :) <input type="checkbox"/> non		

DEVENIR DU PATIENT **A remplir obligatoirement**

Retour au domicile Hébergement chez un proche (**attestation d'hébergement obligatoire avant l'admission**)

POST-CURE

En cours (merci de fournir un double du dossier d'admission)

Nom du Centre :

Contact :

A faire

Le patient ne désire pas de postcure

Nom du patient : Prénom :

3 – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

ETAT CIVIL *Merci de joindre la photocopie de la carte d'identité*

Nom :	Adresse :
Prénom :	
Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Date de Naissance :	Email (en majuscule)
Tél : Portable :	

ASSURANCE MALADIE *Merci de joindre les photocopies de la carte de mutuelle et attestation vitale*

Caisse :

Numéro d'immatriculation :

Mutuelle : oui non
Si oui, préciser Nom et adresse

CMU oui non A.L.D. oui non Tutelle oui non

Exonération du ticket modérateur oui non

Aide sociale : totale partielle N/A

SITUATION MATRIMONIALE

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

PERSONNES A PREVENIR

	Nom Prénom	Lien de parenté	Téléphones (fixe et portable)
1			
2			

ASSISTANTE SOCIALE OU PERSONNE AYANT REMPLI LES RUBRIQUES 2 ET 3

NOM – Prénom : Qualité :

Téléphone :

CERTIFICAT MEDICAL

(Destiné au patient admis en HDJ)

Je soussigné(e), Docteur certifie que l'état de santé
de Monsieur, Madame né(e) le ,
ne contre-indique pas, à ce jour, la pratique d'activité gymnique et de marche encadré
par un éducateur médico-sportif diplômé (tapis, vélo, renforcement musculaire...)

Fait à ,

Le,

Signature .

tampon

