

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 :

Nom du patient : Prénom :

1 - RENSEIGNEMENT MEDICAUX ET PSYCHOLOGIQUES

| | | | | | |
|---------------------|-----|--|-----|--|--|
| Crises Comitiales : | oui | | non | | |
| Diabète : | oui | | non | | |
| HTA : | oui | | non | | |
| Délirium tremens : | oui | | non | | |
| Hépatopathies : | oui | | non | | |

Le patient est-il porteur d'une ALD oui non
Si oui, préciser

Faut-il prévoir la surveillance ou le traitement d'une pathologie particulière oui non
Si oui, préciser.....

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES / PSYCHOLOGIQUES

Agressivité Violence Tentative de suicide Troubles cognitifs (si oui, évaluer échelle de 0 à 10 :)

Autres dont hospitalisation, pathologies :

ANTECEDENTS DE CONDUITES ADDICTIVES

Opiacés : Traitement de substitution ?
 Tabac
 Médicaments Cannabis
 Troubles alimentaires Jeux
 Autres (préciser)

ANTECEDENTS FAMILIAUX DE PROBLEMES D'ALCOOL

Parents, grands-parents, fratrie ...

SEJOURS ANTERIEURS EN ETABLISSEMENTS DE CURE, PRIVES OU PUBLICS :

| Date | Etablissement | Durée de séjour |
|------|---------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

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 :

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

