

Médecin Chef de pôle : Docteur T. SERRATO : tél : 01-69-25-67-07
Médecins Alcoologues : Docteurs T. PHAM – I.BENHENDA : tél. : 01-69-25-67-07
Cadre de santé : Mme C. JAUDRONNET: tél : 01-69-25-64-75
Secrétaires Médicales : Mme M. VIEIRA (SMRA) : tél : 01-69-25-67-07
 secretariat.smr@ch-manhes.fr
 Mme I. JACQUIN (HDJA) tél : 01-69-25-65-14
 isabelle.jacquin@ch-manhes.fr

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 en SMR

2 – Hôpital de jour

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 :

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 Cannabis
 Médicaments Jeux
 Troubles alimentaires
 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
<i>Climat des relations familiales :</i>
<i>Pour le patient, les motivations à la prise en charge sont-elles :</i>
<input type="checkbox"/> <i>Injonction judiciaire</i> <input type="checkbox"/> <i>Raisons sociales ou professionnelles</i> <input type="checkbox"/> <i>Ultimatum familial</i> <input type="checkbox"/> <i>Prise de conscience personnelle</i>
ETAT ACTUEL DU PATIENT
<i>Poids :</i> <i>Taille :</i>
<i>Etat physique général :</i>
<i>Etat psychologique actuel (trouble de l'humeur, anxiété...) :</i>
<input type="checkbox"/> <i>Alcool : unités/j</i> <input type="checkbox"/> <i>Tabac :cigarettes/j</i> <input type="checkbox"/> <i>Canabis</i> <input type="checkbox"/> <i>Opiacés : Traitement de substitution ?</i> <input type="checkbox"/> <i>Médicaments. Si oui, lesquels :</i> <input type="checkbox"/> <i>Jeux</i> <input type="checkbox"/> <i>Troubles alimentaires</i>
<i>Cœur/poumons :</i>
<i>Système nerveux :</i>
<i>Appareil génito-urinaires :</i>
<i>Appareil digestif :</i>
<i>Appareil locomoteur :</i>

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

Curatelle oui non

Tutelle : oui non

SITUATION SOCIALE

Retour au domicile oui non

Sans domicile fixe oui non

Hébergement oui non

Si oui, préciser :

Mode de vie : Seule avec conjoint avec famille au domicile

SITUATION PROFESSIONNELLE

Niveau d'étude :

Profession ou qualification professionnelle :

Emploi actuel :

Patient sans activité professionnelle :

Chômage : Indemnisation Pôle emploi oui non RSA / RMI oui non

Arrêt de travail : oui non Si oui, depuis

Invalidité : oui non Si oui, catégorie
AAH : oui non Pension d'invalidité : oui non

Retraité : oui non Sans ressource : oui non

Accompagnement social : oui non

si oui, coordonnées :

SITUATION FINANCIERE

Difficultés financières régulières Oui Non

Surendettement oui non - Dossier de surendettement : oui (date de dépôt :) 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 physique adaptée encadrée par un
EAPA diplômé (tapis, vélo, renforcement musculaire,...)

Fait à ,

Le,

Signature .

tampon

