

Dossier de demande d'admission au SSR Addictologie

Date de réception du dossier :


Date et avis commission d'admission :.....


Date admission prévue :

POLE D'ADDICTOLOGIE

Dossier de demande d'admission partie administrative

Pôle d'addictologie Centre Hospitalier de l'estran
3 rue du Tilleul 50170 PONTORSON

 Tél : 02.33.60.65.00

 Fax : 02.33.60.65.35



Demande d'admission renseignements administratifs

Nom : Nom jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :
.....

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse courriel (e-mail) :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Téléphone fixe : Portable :

Lien de parenté :

Personne de confiance

Je souhaite nommer une personne de confiance

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :
.....

Téléphone fixe : Portable :

Je ne souhaite pas nommer de personne de confiance

Date : Signature :

Demande d'admission renseignements administratifs

Couverture maladie

* N° sécurité sociale :

* Coordonnées de la caisse d'assurance maladie

Intitulé nom du régime :

Adresse :

.....

Téléphone :

Droits ouverts jusqu'au :

ALD (100%) Oui Non

Séjour en lien avec ALD Oui Non

CMU complémentaire Oui Non

* Mutuelle

N° adhérent :

Coordonnées :

Adresse :

.....

Téléphone :

Mesure de protection

Oui Non En cours

Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice

Nom et coordonnées de l'organisme et la personne mandatée :


.....


.....

Téléphone :

Adresse mail :

Pôle d'addictologie Centre Hospitalier de l'estran
3 rue du Tilleul 50170 PONTORSON

 Tél : 02.33.60.65.00

 Fax : 02.33.60.65.35

Suivi social actuel

Oui Non

Intitulé du service social :.....

Nom du travailleur social :.....

Téléphone :.....

Fax :.....

Email :.....

Suivi judiciaire

Oui Non

Demande d'admission renseignements administratifs

Situation de famille

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Marié | <input type="checkbox"/> Pacsé |
| <input type="checkbox"/> Union libre | <input type="checkbox"/> Séparé | <input type="checkbox"/> Divorcé |
| <input type="checkbox"/> Veuf | | |

Nombre d'enfants :..... Dont à charge :.....

Age(s) :.....

Etudes et situation socioprofessionnelle

- Niveau scolaire :

- Brevet des collèges
- CAP - BEP
- BAC
- BAC+ 2
- Au-delà du BAC+2
- Autre

- Situation professionnelle :

- En formation préciser :
- Emploi actuel préciser :
 - Chômage
 - Autre préciser :.....

- Ressources :

- Salaire Indemnités journalières AAH
- Retraite ou préretraite RSA Allocations chômage
- Invalidité Aucune
- Autre à préciser :.....

Logement

- Propriétaire
- Locataire
- Hébergé à préciser :
- Institution foyer
- Sans domicile fixe
- Autre à préciser :

Démarches en cours pour le logement :

- Oui Non A préciser :

Demande d'admission informations addictologiques

- Addiction pour laquelle vous sollicitez votre hospitalisation

- Autres problème addictif
 - A une substance (Alcool, tabac, cannabis, héroïne, cocaïne,... médicaments)
 - Comportementale jeu, alimentaire...

- Décrivez votre parcours avec l'addiction pour laquelle vous sollicitez le soin
Début, dépendance, effets recherchés, conséquences sur votre santé votre vie familiale/professionnelle

- Avez-vous déjà bénéficié de soin en addictologie pour votre addiction
 - Oui Préciser _____ date _____ et
lieux :.....
 - Non

Demande d'admission informations addictologiques

Lettre de demande et de motivation

Dites pourquoi vous souhaitez ce soin quelles sont vos motivations, vos objectifs


Perspectives après le soin en addictologie


Décrivez votre projet (travail, familles, autres)

POLE D'ADDICTOLOGIE

**Dossier de demande d'admission
partie médicale
confidentielle**

Pôle d'addictologie Centre Hospitalier de l'éstran
3 rue du Tilleul 50170 PONTORSON

 Tél : 02.33.60.65.00

 Fax : 02.33.60.65.35

Fiche médicale confidentielle (A remplir par le médecin demandeur)

- **Identité du patient**

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :
.....

- **Demandeur**

Docteur :

Structure :

Coordonnée :
.....

Téléphone :

Email :

- **Coordonnées du médecin traitant (s'il n'est pas le demandeur)**

Docteur :

Adresse :
.....

Téléphone :

Email :

Fiche médicale confidentielle (A remplir par le médecin demandeur)

➤ Antécédents et pathologies

- Médicaux (joindre CR à disposition)

- Chirurgicaux (joindre CR à disposition)

- Psychiatriques (joindre CR à disposition)

- Allergies connues

- Contre-indications médicamenteuses

> Antécédents familiaux en rapport avec l'addiction

- **Prise en charge addictologique antérieurs ou actuelle**

Aucune prise en charge jusqu'à présent addictologique

Prise en charge addictologique ambulatoire

En ambulatoire par le médecin traitant

En ambulatoire CSAPA ou consultation hospitalière d'addictologie

Si prise en charge antérieure

Dates :

Lieux :

Médecins :

Si prise en charge en cours

Depuis quand :

Lieu :

Médecin :

Hospitalisation en unité d'hospitalisation hors addictologie

Pour sevrage

Date :

Lieu :

Service :

Médecin :

Pour complications en lien avec l'addiction

Date :

Lieu :

Service :

Médecin :

Hospitalisation en addictologie

Court séjour addictologie

Date :

Lieu :

Service :

Médecin :

SSR Addictologie

Date :

Lieu :

Service :

Médecin :

Fiche médicale confidentielle (A remplir par le médecin demandeur)

Etat clinique actuel

• Taille :..... • Poids :.....

• Etat général

• Appareil cardio vasculaire

• Appareil respiratoire

• Appareil digestif

- Hépatique

- Pancréatique

- Oeso gastro entérologique

- Systeme nerveux central et peripherique

- Troubles cognitifs Oui Non

Date et resultats du MOCA si test realise :

- Neuropathie peripherique Oui Non

- Antecedents de crise comitiale Oui Non

- Appareil locomoteur

- Appareil genito urinaire

- Etat psychologique / comportement

- Autre

- Bilan biologique (joindre copie du (des) derniers bilans)
- Autres examens complémentaires récents (échographie scanner... joindre copie au résultat)
- Traitement actuel

Médicaments, posologie
ou joindre traitement actuel

- Régime alimentaire particulier

Non

Oui

Lequel :.....

- Contre-indication ou limitation aux activités physiques ou sportives

- Autre(s) élément(s) que vous souhaitez mentionner

Sevrage hospitalier avant l'admission au SSR Addictologie :

Non prévu

Prévu Date : Lieu : Service :

En cours Date : Lieu : Service :

Date d'admission souhaitée :

Prise en charge en attendant l'admission au SSR Addictologie

Cachet et signature du médecin