

Dossier de demande d'admission

*Service de Soins Médicaux et de Réadaptation
pour affections liées aux conduites addictives*



HOSPITALISATION DE JOUR DOSSIER MÉDICAL (À remplir par le Médecin)

Afin de répondre à votre demande et faciliter la prise en charge de votre patient au Centre de Jour, nous vous remercions de remplir ce dossier de pré-admission.

Nous vous demandons d'y joindre obligatoirement une copie de :

- l'attestation de sécurité sociale
- la carte de mutuelle ou complémentaire santé
- la carte nationale d'identité
- une copie du compte-rendu d'hospitalisation et de l'ordonnance en cours
- une lettre de motivation du patient

Pour toute demande de renseignement n'hésitez pas à nous contacter :

Cliniques du Pic Saint Loup - Hôpital de jour
96 Avenue de Saint-Sauveur du pin - 34980 Saint-Clément-de-Rivière
Email : accueil.addictologie@clinique-psl.net
Tel : 04 67 13 09 00 Fax : 04 67 14 76 14

Renseignements administratifs

a. Identification du patient

Madame Monsieur

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Nationalité :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :

b. Identification du médecin adresseur

Nom : Prénom :

Établissement :

Adresse.....

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :

Date d'admission souhaitée :

c. Identification du psychiatre référent

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :

d. Organisme d'assurance maladie délivrant la prise en charge

Nom de l'organisme :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :

Nom et prénom de l'assuré :

Numéro d'immatriculation :

e. Couverture maladie

CMU : oui non

Fin de validité : / /

AME : oui non

ALD : oui non

f. Mutuelle santé complémentaire

Nom de l'organisme : Fin de validité : / /

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :

Nom et prénom de l'assuré :

Numéro d'immatriculation :

g. Protection juridique

Non Tutelle Curatelle Curatelle renforcée

Nom :

Adresse.....

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :

h. Situation de famille

Marié(e) Célibataire PACS Concubinage Veuf(ve) Divorcé(e)

Enfant(s) à charge : Personne(s) à charge :

Fratrie : Place dans la fratrie :

i. Situation professionnelle

Emploi actuel :

Chômage Arrêt de travail Sans emploi Retraité

Invalidité:

Autre :

j. Situation financière

Ressources :

- AAH Pension invalidité Autre :

k. Logement actuel

- Maison Appartement Milieu urbain Milieu rural
 Foyer / hôtel Sans domicile Hébergement chez un proche

l. Personne à prévenir et personne de confiance

Personne à prévenir

- Monsieur Madame Mademoiselle

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Personne de confiance

- Idem personne à prévenir
 Monsieur Madame Mademoiselle

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Fiche médicale

a. Antécédents

Médicaux :

.....

Allergies :

.....

Handicaps physiques, présence d'un appareillage :

.....

Chirurgicaux :

.....

Psychiatriques :

.....

b. Histoire de la maladie

.....

.....

.....

.....

c. Traitement actuel

.....

.....

.....

d. État addictologique et comportement actuel

.....

.....

.....

Projet du patient au centre de jour

a. Attentes exprimées par le patient

.....

.....

.....

b. Besoins identifiés par l'adresseur

- Sociabilisation
- Hygiène et gestion du quotidien
- Observance du traitement
- Développement des habiletés sociales
- Affirmation de soi
- Prévention des rechutes
- Remédiation cognitive
- En attente d'une admission en hospitalisation
- Autre :

c. Fournitures à prévoir

Des produits d'hygiène

Un ensemble de sport

Un cadenas

Fait à :

Le :/...../.....