# Dossier d'admission
# Hôpital de jour d'Addictologie L'Olivier

**Le dossier est à adresser par mail :**

**laurence.benoit@ch-stdenis.fr**

**Tèl : 01 42 35 64 36**

**NOM / PRENOM DU PATIENT-E :** _____

# Volet administratif

**Date :** _____

**Informations demandeur :**

Etablissement (nom & adresse) : _____

_____

_____

Nom et fonction : _____

E-Mail : _____

Tél : _____

**Date d'admission souhaitée à partir de :** _____

Groupement Hospitalier de Territoire Saint-Denis Gonesse Plaine de France

Centre Hospitalier de Saint-Denis

**Patient-e :** Monsieur / Madame

Nom : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : _____

Adresse : _____

_____

Tél. : _____

Adresse @ : _____

Francophone : ☐ Oui ☐ Non

**Nous n'examinerons que les dossiers dûment complétés, comprenant :**

1) **Volet administratif**
2) **Volet médical rempli par un médecin**
3) **Volet social**
4) **Ainsi que la transmission des copies des pièces administratives suivantes :**
   - **Papier d'identité (CNI ou passeport ou titre de séjour)**
   - **Carte vitale**
   - **Attestation des droits ouverts à la sécurité sociale de moins de 2 mois**
   - **Carte mutuelle à jour**
5) **Un compte-rendu de la situation actuelle du patient-e**

# Volet médical

## Médecin demandeur (coordonnées et cachet)

Nom / Prénom : _____

Structure et adresse : _____

_____

Tél : _____

E-Mail : _____

## Coordonnées du médecin traitant (si différent du demandeur) :

_____

_____

## Objectifs prioritaires du séjour :

**Aide au changement** (démarche de changement vis-à-vis des consommations est en cours)

_____

_____

**Consolidation du changement** (les attentes de la/du patient-e sont atteintes : arrêt total de la consommation ou consommation contrôlé et elle/il nécessite une PEC intensive de consolidation)

_____

_____

**Autres** : _____

_____

_____

_____

## Suivi addictologique :

Quelles addictions actuelles et passées ?

- _____
- _____
- _____
- _____

Si hospitalisations *(dates, lieux et indications), joindre les comptes rendus récents*

_____

_____

_____

Complications de sevrage ? (dont DT, crises comitiales, pathologies cardiovasculaires…) :

_____

_____

_____

Y a-t-il selon vous des troubles cognitifs ou une plainte cognitive ?
Préciser la nature des troubles :

_____

_____

_____

_____

## Antécédents

- Somatiques :

*Si hospitalisations (dates, lieux et indications), joindre les comptes rendus récents*

_____

_____

_____

_____

- Psychiatriques : _____

_____

_____

## Traitement actuel :

## (Merci de nous joindre également une ordonnance récente)

- _____
- _____
- _____
- _____

## Quel suivi prévoyez-vous à la sortie ? Avec quels correspondants ?

_____

_____

_____

_____

_____

# Volet social

**Couverture sociale** (*joindre obligatoirement l'attestation*)

Régime général Régime particulier

CPAM CMU PUMA AME

N° SECURITE SOCIALE : _____

Ou

N° AME : _____

ALD : OUI NON

**Couverture complémentaire** (*joindre obligatoirement l'attestation*)

Mutuelle Complémentaire Santé Solidaire Aucune

**Logement**

Propriétaire Locataire Foyer Sans domicile Hébergé(e)

**Situation familiale**

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

Nombre d'enfants : _____

Enfants à charge : _____

**Personne à prévenir** (*préciser nom et coordonnées*) **:**

_____

_____

## Situation professionnelle

Profession : _____

Retraite : _____

Sans activité : _____

Ou arrêt de travail depuis le _____

Ou longue maladie depuis le _____

Ou invalidité depuis le _____

## Ressources

Salaire Indemnités journalières Indemnités chômage RSA AAH Retraite

Autres (*préciser*) : _____

## Mesures de protection

Tutelle Curatelle Mesure en cours

Nom du tuteur ou du curateur : _____

Tél : _____

## Suivi social à l'extérieur / Coordonnées

Structure /Tél/E-mail : _____

_____

_____

_____