

DEMANDE D'ADMISSION MALADIES EN LIEN AVEC L'ALCOOL

A envoyer à : admission-gouin@philanthropique.asso.fr
Ou par **FAX : 01 41 06 81 28**

Tout dossier incomplet ne sera pas traité

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Sexe : Féminin Masculin

- Adresse : SDF : oui non

.....
.....
.....

- Portable :
- Mail :

Nature de la demande :

- Hospitalisation de sevrage court : 7 jours 9 jours
- Hospitalisation de sevrage suivie d'un SSR (maximum 1 mois)

Professionnel demandeur et médecin référent :

.....
.....

Tel :

Fax :

Mail :

Patient venant de :

PROJET DE SORTIE :

Retour à domicile :

Autre structure (SSRA/ post-cure) :

Lieu :

.....
.....

Le séjour en postcure doit impérativement être anticipé par la structure (le médecin adresseur)

Demande d'admission faite : non oui
Acceptée : non oui

Date d'admission :

Complémentaire santé : oui non

JOINDRE IMPERATIVEMENT :

- L'attestation de sécurité sociale (CPAM, AME ou autre)
- La complémentaire santé (carte de mutuelle, CSS...)

Dans le cadre du Mois sans Tabac, l'hôpital Gouin expérimente la mise en place de la stratégie « Lieux de santé sans tabac ».

En conséquence, les espaces fumeurs de l'établissement seront supprimés à compter du 1^{er} novembre 2023. Merci de bien vouloir en informer les patients.

FICHE SOCIALE

NOM :

Prénom :

Service social ayant fait la demande :

Nom de l'Assistant(e) social(e) :

Service :

Hôpital/Structure :

Tel :

Mail :

Nom, adresse et téléphone du tuteur / curateur (le cas échéant) :

Nom :

Adresse :

Tel : Mail :

Situation familiale du (de la) patient(e) :

Situation professionnelle :

Travail régulier : oui non

Profession :

Chômage AAH Arrêt de travail RSA Retraité Autre

Précisez :



HÔPITAL
GOÜIN

Société Philanthropique

Logement :

- Individuel Sans domicile fixe
Hébergé : dans la famille Chez des amis / amies
En foyer A l'hôtel

DEMARCHE SOCIALES EN COURS (logement, emploi, famille, suivi, dettes, etc.) :

.....
.....

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

NOM : Prénom :

Indication d'hospitalisation posée par :

Dr :

.....
.....
.....

Tel : Fax :

Mail :

Histoire des addictions (alcool et autres dont cannabis, héroïne, cocaïne, BZD, codéine,) :

.....
.....
.....
.....
.....

Consommations actuelles : (g/jour).

.....

Signes physiques de sevrage : oui non

Antécédent de DT : oui non

Antécédent de convulsion de sevrage : oui non

Hospitalisations pour sevrage, postcures antérieures (dates et lieux) :

.....
.....
.....
.....
.....

Antécédents :

- Médicaux/chirurgicaux/traumatismes :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Judiciaires :

.....
.....
.....

Obligation de soins : oui non

- Psychiatriques (dont ATCD d'hospitalisation en psychiatrie, dates et lieux) :

.....
.....

Suivi psychiatrique en cours :

CMP :

Dr

Adresse

.....
Libéral :

Dr

Adresse

.....
ATCD de TS : non oui

Date(s) :

EXAMEN + BILAN CLINIQUE ACTUELS (dont plaintes cliniques actuelles) :

(Merci de joindre dernier bilan biologique et les comptes rendus d'examens)

.....
.....
.....
Date dernière échographie hépatique :

Etat psychopathologique, cognitif, comportemental actuel :

Autonomie :

Motrice : oui

non



HÔPITAL
GOÜIN

Société Philanthropique

Précisez : cannes déambulateur Fauteuil roulant

Hygiène : oui

non

Précisez : aide partielle aide totale

Poids : Taille :

Traitements en cours (nom, dosage, posologie) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :

Date :

Signature et cachet du médecin.