

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 espace 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 :

Logement :

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

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

.....
.....

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

NOM : Prénom :

Indication d'hospitalisation posée par :

Dr :
.....

Adresse :
.....
.....

Tel : Fax :

Mail :

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

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

Consommations actuelles : (g/jour).

.....

.....
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 ☐

Précisez : cannes ☐ déambulateur ☐ Fauteuil roulant ☐

Hygiène : oui ☐

non ☐

Précisez : aide partielle ☐ aide totale ☐

Poids :

Taille :

Traitement en cours (nom, dosage, posologie) :

.....

.....

.....

.....

.....

DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :

Date :

Signature et cachet du médecin.