

DEMANDE D'ADMISSION **HOPITAL DE JOUR ADDICTOLOGIE**

A envoyer à : hdj.addicto@philanthropique.asso.fr

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 :

• Hôpital de jour 3 mois ☐

• Hôpital de jour 6 mois ☐

Professionnel demandeur et médecin référent :

.....
.....

• Tel :

• Fax :

• Mail :

Complémentaire santé : oui ☐ non ☐

Précisez :

JOINDRE IMPERATIVEMENT :

- **L'attestation de sécurité sociale** (CPAM, AME ou autre)
- **La complémentaire santé** (carte de mutuelle, CSS...)
- **Le CRH de la dernière hospitalisation pour sevrage**
- **La dernière ordonnance**

FICHE SOCIALE

NOM : Prénom :

	SS	ALD	Mutuelle	CMU	CMUc
oui					
non					

Ressources :

Revenu d'emploi ☐ ASSEDIC ☐ RSA ☐ AAH ☐

Provenant d'un tiers ☐

Curatelle ☐ Tutelle : ☐ oui ☐ non

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 ☐

Journées de disponibilité pour l'HDJA (9h30-16h00) :

Lundi ☐

Mercredi ☐

Jeudi ☐

Vendredi ☐

Profession :

Chômage ☐ AAH ☐ Arrêt de travail ☐ RSA ☐ Retraité ☐ Autre ☐

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, ...) :

DIAGNOSTICS ADDICTOLOGIQUES VIE ENTIÈRE (DSM IV) :

USAGES produits	USAGE		ABUS		DÉPENDANCE		DEMANDE D'AIDE
	Actuel	Passé (1)	Actuel	Passé (1)	Actuel	Passé (1)	
Alcool							
Nicotine							
Cannabis							
Opiacés							
Cocaïne							
Médicaments mésusés							
Hallucinogènes							
Solvants (dont poppers)							
Autres stimulants (amphétamine, MDMA)							

(1) *Interrompu 3 mois ou plus avant l'hospitalisation.*

Date et lieu du dernier sevrage :

.....

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 ☐

Précisez : cannes ☐ déambulateur ☐ Fauteuil roulant ☐

Poids : Taille :

Traitement en cours (nom, dosage, posologie) :

.....

.....

.....

.....

.....

Alimentation :

Allergies alimentaires :

- Oui ☐

Si oui, précisez :

- Non ☐

Régime alimentaire particulier :

- Pauvre en sucres ☐
- Peu salé ☐
- Sans viande ☐
- Sans porc ☐

Problèmes dentaires nécessitant une texture hachée ☐ mixée ☐

DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :

Date :

Signature et cachet du médecin.