

SMR-A « LA PARENTHÈSE »  
TÉLÉPHONE : 03.25.56.83.76 FAX : 03.25.56.83.88

# DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION



**HÔPITAL ANDRE-BRETON**  
**BP 142, 52100 SAINT-DIZIER**

## DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

### SMR- A « LA PARENTHÈSE »

DATE :

#### DEMANDEUR

ETABLISSEMENT :

MEDECIN :

SPECIALITÉ :

TELEPHONE :

EMAIL :

#### PATIENT

NOM :

NOM DE NAISSANCE :

PRÉNOM :

SEXE :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITÉ :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

Madame, Monsieur,

Vous avez choisi de consolider vos soins en addictologie dans notre établissement par un programme thérapeutique de 6 à 8 semaines.

Pour mieux vous connaître et organiser votre arrivée dans les meilleures conditions, nous vous demandons de bien vouloir nous faire parvenir :

- Une lettre de motivation,
- Une copie de votre pièce d'identité recto-verso,
- Une copie de l'attestation de sécurité sociale ou autre,
- Une copie de l'attestation mutuelle (ou attestation CMU),
- Tous les volets du dossier dûment remplis avec le cadre du règlement de l'unité signé

Vous trouverez, joint à ce courrier, un dossier d'admission à faire compléter par votre médecin traitant ou votre équipe de soins en addictologie.

Ce dossier d'admission est à nous retourner dans les meilleurs délais.

Si votre dossier est accepté, vous serez convoqué pour une journée en HDJ pré-admission pour établir un premier contact, vous présenter le service, vous faire participer à une de nos journées d'activité. À l'issue de cette journée nous vous informerons de la décision prise en ce qui concerne votre admission ainsi que de la date d'entrée dans notre structure.

Nous restons à votre disposition pour tout complément d'information.

L'équipe de la Parenthèse

## VOLET ADMINISTRATIF

### **Le patient**

NOM :

PRÉNOM :

NOM de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

e-Mail :

### **Personne de confiance**

NOM :

PRÉNOM :

Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

### **Personne à contacter en cas d'urgence (si différente de la personne de confiance)**

NOM :

PRÉNOM :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

### **Organisme d'assurance maladie délivrant la prise en charge**

(Joindre une photocopie de l'attestation actualisée des droits de l'organisme d'affiliation et se munir de la carte vitale le jour de l'admission)

Intitulé :

Adresse :

Téléphone :

Nom de l'assuré :

N° d'immatriculation :

## **Couverture maladie**

Bénéficiez-vous d'une CMU , ou d'une AME

Oui  date de fin

Non

Bénéficiez-vous d'une ALD ?

Oui  date de fin

Non

## **Complémentaire santé**

(Joindre une photocopie de la carte ou attestation adhérent mise à jour)

CMUC :

OUI  date de fin

NON

Intitulé :

Adresse :

Téléphone :

Nom de l'assuré :

N° d'immatriculation :

N° d'adhérent :

## VOLET SOCIAL

### **Le patient**

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

### **Service social ayant effectué avec le patient la demande de SSRA**

Nom du service social :

Nom de l'interlocuteur :

Adresse :

Téléphone :

e-Mail :

### **Protection juridique**

Capable majeur    Tutelle\*    Curatelle\*    Curatelle renforcée\*

\*Nom du mandataire judiciaire :

Adresse :

Téléphone :

e-Mail :

### **Suivis social et/ou éducatifs :**

Nom :

Adresse :

Téléphone :

e-Mail :

## **Situation familiale**

- Marié(e)    PACS    Concubinage    Divorcé(e)    Veuf(Ve)  
 Célibataire    Séparé (e)

Nombre d'enfants :

À charge :

Autres personnes à charge :

Climat des relations familiales :

## **Emploi/Formation**

### **Niveau d'étude :**

- Sans  
 Niveau brevet des collèges  
 Niveau CAP, BEP  
 Niveau BAC  
 Niveau BAC +2  
 Supérieur à BAC+2  
 Ne sait pas

### **Emploi :**

Emploi actuel :

Date du dernier emploi :

## **Ressources actuelles :**

- Aucune ressource  
 Salaire  
 Allocation Chômage  
 RSA  
 Indemnités Journalières  
 Invalidité  
 Retraite  
 AAH  
 Autre

Catégorie :

## **Situation financière :**

Dettes

Oui

Non

Dossier de surendettement

Oui

Non

En cours

**Situation judiciaire :**

Oui

Non

Suivi actuel

Suivi passé

Précisez :

Le patient est-il soumis à des contraintes particulières au niveau de la justice ?  
Oui   Non

Si oui, lesquelles ?

Nom du conseiller de probation et d'insertion :

Adresse :

Téléphone :

**Hébergement :**

Propriétaire  Locataire  Sans domicile fixe  Hébergé(e)  Autre

Si pas de domicile fixe ou personnel, quelles démarches ont été engagées pour un logement et/ou un hébergement à la sortie :

**Lieu d'hébergement durant les week-ends thérapeutiques :**

- Domicile
- Autre (précisez) :

**NB : La Parenthèse étant fermé le week-end tous les 15 jours, il est nécessaire qu'une solution d'hébergement valide durant ces week-ends soit recherchée au préalable.**



## VOLET MÉDICAL

### Le Patient

NOM :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

IMC :

Vaccination à Jour : Oui

Non

**En raison des activités proposées la vaccination anti-tétanique est obligatoire.**

Faire remplir toutes les rubriques par votre médecin Adresseur,

Le Dr .....

Cher confrère, chère consœur,

Afin d'optimiser la pertinence de la post-cure et d'en réduire les dommages, il est important de disposer d'informations médicales préalables les plus précises possibles. Ne vous apprenant rien, ce type d'intervention nécessite donc, outre un minimum de motivation, que la dégradation somatique et/ou cognitive ne compromette pas la prise en charge, et qu'une fragilité psychique ne dégénère pas en décompensation psychotique.

En comptant sur votre entière collaboration.

Le médecin du SMR-A « La Parenthèse ».

Depuis quand suivez-vous le patient ? .....

Êtes-vous le médecin traitant déclaré ? Oui

Non

**Objectif principal de la demande d'hospitalisation :**

## Histoire de l'addiction :

	PROBLÉMATIQUE ACTUELLE	PROBLÉMATIQUE ANCIENNE	DÉMARCHE DE CHANGEMENT		OBJECTIF DE CHANGEMENT : ARRÊTER/ RÉDUIRE/ NE SAIT PAS
			OUI	NON	
ALCOOL					
TABAC					
CANNABIS					
COCAÏNE					
OPIACÉE/ HÉROÏNE					
PSYCHOTROPE					
NOUVEAUX PRODUITS DE SYNTHÈSE					
AUTRES : PRÉCISER					

## **ANTECEDENTS ADDICTOLOGIQUES :**

- Antécédent(s) de cure(s) ou sevrage(s) : Oui  Non

Si oui, précisez les lieux et le nombre :

- Suivi ambulatoire(s) : Oui  Non

Si oui, précisez le centre de suivi, la durée jusqu'à ce jour si possible votre prochaine date de RDV de suivi :

- Traitement de substitution : Oui  Non

Si oui, précisez la molécule, le mode d'administration, la fréquence de prise et le dosage actuel :

- Complications aiguës de sevrage : Oui  Non

Si oui, précisez le type de complication (épilepsie, délirium tremens, coma), le nombre de fois, la date du dernier épisode :

**FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE :**

**ANTÉCEDENTS MÉDICAUX :**

**Compte rendu Cardiologique pour les patients concernés :** à joindre  
au dossier (**obligatoire**)

**Allergies :**

**ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :**

Porteur connu de BMR : Oui

Non

Hospitalisation dans un établissement à l'étranger datant de moins d'un an :

Oui

Non :

**TRAITEMENTS MÉDICAUX ACTUELS** : (Y joindre l'ordonnance médicale la plus récente)

**BILAN BIOLOGIQUE** : la plus récente (bilan OH si alcoolique) à joindre au dossier

**PROJET ET SUIVI POST-CURE** : (inscrit néant si non défini par le patient)

## AUTONOMIE DU PATIENT

<b>Grille de dépendance</b>	<b>1</b> <b>Indépendance</b> <b>complète</b>	<b>2</b> <b>Supervision</b> <b>arrangement</b>	<b>3</b> <b>Assistance</b> <b>partielle</b>	<b>4</b> <b>Assistance</b> <b>totale</b>
<b>TOILETTE</b> Inclut hygiène personnelle, soins, apparence				
<b>HABILLAGE</b> Inclut l'habillement du haut et du bas du corps				
<b>DEPLACEMENTS</b> (locomotion)				
<b>ALIMENTATION</b>				
<b>CONTINENCE</b> Inclut la continence vésicale et intestinale				
<b>COMPORTEMENT</b> Interaction sociale				
<b>RELATION</b> Inclut la compréhension et l'expression				

Date :

Signature et cachet du Médecin adresseur :

## **LETTRE DE MOTIVATION**

Merci de préciser quelques éléments de votre parcours qui vous amènent à prendre cette décision d'hospitalisation et ce que vous attendez de votre séjour de sevrage et/ou de consolidation de sevrage.

