

**Le CHILLON**  
**LES EUMENIDES SAUMUR – SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION**  
**SPECIALISE EN ADDICTOLOGIE en hôpital de jour**  
**Ouvert les mardis et jeudi**

Accueil admissions  
Tél. : 02.41.51.38.48  
Fax. : 02.41.51.78.66

**FICHE DE DEMANDE D'ADMISSION MEDICALE**

ETABLISSEMENT DEMANDEUR : .....  
DATE DE LA DEMANDE: ..... DATE D'ENTREE SOUHAITEE : .....

**PATIENT**

Nom & prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Date de naissance .....

**SITUATION MEDICALE**

Histoire clinique résumée, diagnostic et autres renseignements utiles pour la prise en charge :

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

Substances et/ ou comportements :

.....  
.....

Ancienneté de l'addiction :

.....  
.....

Éléments de sévérité (médicaux, sociaux, professionnels) :

.....  
.....

Patient demandeur de soins spécifiques :

.....  
.....

Sevrage déjà tenté :

.....  
.....

Autres informations :

.....  
.....

Tél : 02.41.51.38.48  
Fax : 02.41.51.78.66

Patient stabilisé :

.....

Antécédents, médicaux, chirurgicaux :

.....

Comorbidités actives :

.....

Le patient est-il connu par une équipe pluridisciplinaire ? :

.....

**TRAITEMENT**

Traitement prévisible à poursuivre :

Traitement	Posologie	Observation

***Demande effectuée par (Nom et fonction), date & signature :***