

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION en HDJ

Etablissement et/ou médecin demandeur :

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tel : _____

Fax : _____

@ : _____

Date de la demande :

PATIENT

Nom et prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone :

RENSEIGNEMENTS SOCIO-ADMINISTRATIFS

(à compléter par le travailleur social et/ou le patient)

Organisme de couverture sociale (CPAM, MSA, RSI...) : _____ Département : _____

Organisme complémentaire de santé (Mutuelle, CMUC...) : _____

ALD : oui non Si oui, motif : _____

Situation familiale :

Célibataire Divorcé ou divorce en cours Marié Veuf Concubinage Pacsé

Nombre d'enfants : _____

Nombre d'enfants à charge : _____

Nature du logement :

Logement individuel (Propriétaire ou Locataire)

CHRS

Résidence sociale

Maison relais

Herbégé par la famille / chez un tiers

Sans domicile

Démarches engagées pour un logement/hébergement : _____

SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

(à compléter par le patient)

Si vous avez une activité professionnelle :

Emploi occupé (préciser si temps plein ou temps partiel, mi-temps thérapeutique...) :

En arrêt de travail Date de début de l'arrêt : _____

Souhaitez-vous garder cet emploi ? OUI NON Si NON, pourquoi ? et avez-vous fait des démarches pour une reconversion ? _____

Si vous n'avez pas d'activité professionnelle :

Niveau d'études scolaires : _____

Formation professionnelle : _____

SITUATION MEDICALE

(à compléter par médecin référent, traitant...)

Produits ou comportements addictifs :

Alcool Cannabis Médicaments Héroïne (opiacés) LSD
Ecstasy Cocaïne Tabac Autre(s) produit(s) Troubles du comportement alimentaire
Addiction comportementale (jeux vidéo, sexe, sport, travail ...) à préciser _____

Éléments de gravité (comorbidité(s) active(s), tentative(s) de suicide) :

- Comorbidité(s) physique(s) Si oui : nature :
- Comorbidité(s) psychiatrique(s) Si oui : nature :
- Tentative(s) de suicide Si oui : date(s) :

Hospitalisations et cures antérieures : OUI NON

Si oui, structures précédentes : _____

Les antécédents :

Médicaux : _____

Chirurgicaux et traumatiques : _____

Psychiatriques : _____

Complications de sevrage : _____

Etat général actuel :

Poids : _____ Taille : _____ IMC : _____ Asthénie ? OUI NON

Anomalies cliniques : _____

Contre-indication médicale pour activité physique adaptée OUI NON

Attentes du patient vis-à-vis des soins en hôpital de jour : _____

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

PIECES A FOURNIR IMPERATIVEMENT

- Photocopie de la carte vitale
- Photocopie de l'attestation d'ouverture des droits (CPAM, CMU, MSA...)
- Photocopie de la carte de mutuelle
- Une lettre de motivation rédigée par le patient décrivant les priorités pour le projet individualisé à l'Escale : Axes des soins, types de suivi, réinvestissements socio-professionnels...
- Un CV récent