

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION HDN

Demande d'admission concernant :

Date de la demande :

Etablissement adresseur :

Adresse :

Tél :

Fax :

@ :

Médecin :

Tél :

Fax :

@ :

Assistante sociale :

Tél :

Fax :

@ :

RENSEIGNEMENTS SOCIO-ADMINISTRATIFS

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Lieu de naissance _____

N° Sécurité Sociale _____

Nom et prénom du père _____

Nom et prénom de la mère _____

Situation familiale :

Célibataire

Divorcé ou divorce en cours

Marié

Veuf

Concubinage

Pacsé

Nombre d'enfants _____

Nombre d'enfants à charge _____

Nature du logement avant l'hospitalisation :

Maison/Appartement

Hôtel/Foyer

Hébergé chez un tiers

SDF

Adresse du domicile actuel _____

Tél _____

@ _____

Problèmes judiciaires antérieurs ou en cours :

indiquer la date

- Prison
- Sursis
- Mise à l'épreuve
- TIG
- Autres peines
-

Couverture sociale :

date d'échéance

- C. P. A. M. en cours
- Mutuelle en cours

Ressources actuelles :

- Salaire
- ARE
- RSA
- ASS
- Pension d'invalidité
- Allocation adulte handicapé (AAH)
- Indemnités journalières
- Ressources après IJ
- Si oui, précisez _____
- Autres ressources
- Si oui, précisez _____

catégorie :

oui non

oui non

- Endettement
- Dossier de surendettement :
- en préparation
- établi

Mesures de protection :

- Sauvegarde de justice
- Curatelle simple
- Curatelle renforcée
- Tutelle
- MASP
- MAJ

SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Niveau d'études scolaires _____

Formation professionnelle _____

Quel travail souhaitez-vous effectuer (par ordre de priorité) ?

1. _____
2. _____
3. _____

Quels travaux sont contre-indiqués ? Pourquoi ? _____

Permis de conduire :

- Oui
- Non
- Jamais passé
- Jamais obtenu
- Si suspension ou annulation, précisez les dates _____

AUTRES QUESTIONS

	oui	non	ne sait pas
Souhaitez-vous vous installer sur le bassin rennais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envisagez-vous un retour dans votre région après la post-cure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envisagez-vous une installation dans une autre région après la post-cure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relations avec la famille :

- Régulières
- Inexistantes
- Espacées

Nature de ces relations :

- Bonnes
- Mauvaises

BILAN MEDICAL : PARCOURS ADDICTOLOGIQUE

Produits ou comportements addictifs :

- Alcool
- Cannabis (remplir impérativement la fiche profil cannabis, même si abstinent)
- Médicaments
- Drogues autres (héroïne, LSD, ecstasy, cocaïne...)
- Tabac
- Jeux
- Troubles de comportement alimentaire
- Addiction sexuelle.....

Ces dépendances, si elles existent font-elles l'objet d'une prise en charge ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez la nature des soins _____

Année et circonstances du début de ou des addictions _____

Hospitalisations et cures antérieures _____

Soins addictologiques actuellement en cours

Date _____

Lieu _____

Techniques _____

Sortie prévue _____

Comportement à l'hôpital et motivation du patient aux soins _____

BILAN MEDICAL : ANTECEDENTS

Maladies antérieures _____

Accidents _____

Interventions chirurgicales _____

Antécédents psychiatriques détaillés _____

Antécédents de complications de sevrage oui non

Transfusions sanguines oui non

Date _____

Non précisable

BILAN MEDICAL : ETAT ACTUEL

Etat général

Poids _____

Taille _____

IMC _____

T.A. _____

Anomalies cardio-vasculaires oui non

Si oui, précisez _____

Anomalies Appareil respiratoire oui non

Si oui, précisez _____

Anomalie de l'appareil digestif

Oesophage oui non
Si oui, précisez _____

Estomac oui non
Si oui, précisez _____

Intestin oui non
Si oui, précisez _____

Foie oui non
Si oui, précisez _____

Anomalies du système nerveux oui non
Si oui, précisez _____

Etat psychiatrique actuel : joindre un diagnostic de comorbidité psychiatrique et préciser le type de prise en charge

Biologie : joindre un bilan biologique récent

Sérologies virales

- Ac anti HBC Vaccination Hépatite B
- Ac anti HVC ARN viral C
- Ac anti HIV

Traitement médicamenteux en cours _____

***En attendant l'admission, le sevrage de toutes substances
psycho-actives devra être maintenu
En cas de rechute, nous ne pourrons pas assurer une
admission directe***

Signature impérative du Médecin :

FICHE PROFIL CANNABIS

(à faire remplir par le médecin de la structure demandeuse avec le patient)

Un travail sur l'arrêt du cannabis sera poursuivi dès votre arrivée à l'Escale.

Type de consommateur

- Abstinent** (n'a jamais consommé de cannabis au cours de sa vie)
- Expérimentateur** (au moins un usage au cours de la vie, usage épisodique entre 1 à 6 fois/an)
- Usage régulier** (au moins 10 usages au cours des derniers trente jours actuellement ou avant la période de début des soins)
- Usage quotidien** (usage quotidien au cours des derniers trente jours actuels ou avant la période de début des soins)

Résultat dépistage urinaire systématique

- Positif
- Négatif
- Date _____

Y a-t-il une demande de soins ?

- Oui
- Non
- NA

Pourquoi ? (à remplir par le patient)

Degré de motivation actuelle au changement

- Pré contemplation** (aucune intention de changer)
- Contemplation** (intention de changer mais...)
- Préparation** (la décision est prise, il faudrait que...)
- Action** (fait des changements, phase d'adoption de nouveaux comportements)
- Maintien** (fait des changements depuis plus de 6 mois)

PIECES A FOURNIR IMPERATIVEMENT

- Bilan sérologique récent
- Photocopie de l'attestation carte vitale
- Photocopie de l'attestation d'ouverture des droits (CPAM, CMU, MSA...)
- Photocopie de la carte de Mutuelle
- Lettre de motivation *rédigée par le patient* décrivant les priorités pour son projet de séjour à l'Escale : axes de soins, types de suivi, réinvestissements socio-professionnels...
- CV récent