

DEMANDE D'ADMISSION EN PSYCHIATRIE ADDICTOLOGIE AU CENTRE GILBERT RABY

Hospitalisation complète

Hospitalisation de jour

Date de la demande d'admission :

Coordonnées du patient

| | | |
|--|------------------------------|---|
| Sexe : F <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | Nom : <input type="text"/> |
| Prénom : <input type="text"/> | | Nom de jeune fille : <input type="text"/> |
| Lieu de naissance : <input type="text"/> | | Date de naissance : <input type="text"/> |
| Adresse : <input type="text"/> | | |
| Code postal : <input type="text"/> | VILLE : <input type="text"/> | |
| Téléphone : <input type="text"/> | | E-mail : <input type="text"/> |

Médecin qui adresse le patient :

| | |
|--|--|
| Spécialité : <input type="text"/> | Si vous n'êtes pas le médecin traitant, Coordonnées du médecin traitant : |
| Nom : <input type="text"/> | Nom : <input type="text"/> |
| Prénom : <input type="text"/> | Prénom : <input type="text"/> |
| Adresse : <input type="text"/> | Adresse : <input type="text"/> |
| CP : <input type="text"/> Ville : <input type="text"/> | CP : <input type="text"/> Ville : <input type="text"/> |
| Tél : <input type="text"/> | Tél : <input type="text"/> |
| E-mail : <input type="text"/> | E-mail : <input type="text"/> |

Motif de la demande (en quelques lignes *Si ce n'est pas précisé dans le courrier médical*)

Antécédents (Si ce n'est pas précisé dans le courrier médical)

México-chirurgicaux :

Allergies : Oui Non Si oui, préciser :

Gynéco-obstétriques :

Psychiatriques :

Addictologiques :

Alcool

Tabac

Cannabis

Opiacés

Cocaïne

Médicaments

Autres (Préciser)

Hospitalisations antérieures (motif, lieu et durée)

Etat clinique actuel du patient [en particulier, les pathologies en cours nécessitant une surveillance Ex. diabète, HTA, cirrhose, etc. ...*Si ce n'est pas précisé dans le courrier médical*] :

Etat psychopathologique et comportemental actuel :

Troubles du comportement : Oui Non

Précisez :

Idées suicidaires : Oui Non

Précisez :

Bilan d'autonomie :

Autonome

Non autonome

Besoin d'Aide (Préciser)

Appareillage : Oui Non

Si oui, préciser :

Commentaires

Traitement actuel du patient avec posologie (Merci de nous informer des changements éventuels avant l'admission et de joindre la dernière prescription par courrier / par mail) :

Médicament de substitution orale [posologie, depuis quand, délivré ou et par qui] :

- **Le jour de l'admission le patient devra apporter toutes les ordonnances en cours.**
- **Joindre la copie d'un bilan biologique récent [Numération, bilan hépatique, ionogramme, TP, sérologies (VHB, VHC, VIH), autre ...]**
- **Joindre si possible des copies des bilans d'Imagerie (Echographie hépatique, ECG, Echographie abdominale, autre, ...]**

Suivi après le séjour Centre Gilbert Raby :

Nom du Médecin Traitant :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Nom du Médecin Psychiatre :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Nom du Médecin Addictologue :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

CSAPA :

Autre :

Cachet du médecin :
Obligatoire si envoi par courrier
Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.

ENVOYER VOTRE DEMANDE

Coordonnées du secrétariat médical
Tel : 01-30-99-96-25 / Fax : 01-30-22-08-53
E-mail : secretariat-medical.cgr@elan-retrouve.org

Le Patient

Situation familiale

Marié (e)

Célibataire

Divorcé(e)

Veuf (ve)

Nombre d'enfants :

Logement [joindre l'attestation d'hébergement si patient(e) hébergé (e)] : Oui

Non

Commentaires :

Situation professionnelle

Emploi actuel :

Arrêt de travail

Invalidité

Retraité

Chômage

Autre :

Protection juridique:

Oui

Non

Si Oui : Tutelle

Curatelle

Autre (Préciser)

Représentant(e) légal(e) :

Adresse :

Téléphone : E-Mail :

Mesure/démarche en cours (préciser) :

Nom de l'Assistant(e) Sociale qui suit le patient :

Adresse :

Téléphone : E-Mail :

Votre demande est-elle liée à des soins obligatoires : Oui

Non

Personne à prévenir

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : E-Mail :

Lien avec le patient :

Personne de confiance : Oui

Non

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : E-Mail :

Lien avec le patient :

Documents administratifs à nous fournir :

- Une lettre de motivation,
- Une photocopie recto-verso de votre pièce d'identité,
- Une photocopie de votre attestation de droits à la sécurité sociale à jour,
- Une photocopie de votre carte mutuelle recto-verso ou de votre attestation de droits à la CSS si vous en êtes bénéficiaire

Dès réception, votre dossier sera examiné en commission. Il est très important que votre dossier soit complet.

Pour toutes demandes d'informations, vous pouvez contacter le secrétariat médical du lundi au vendredi au 01-30-99-96-25.

Nous vous remercions de l'intérêt et de la confiance que vous portez à notre établissement.

L'équipe du Centre Gilbert Raby