

**DEMANDE D'ADMISSION EN SOINS MEDICAUX
ET READAPTATION EN ADDICTOLOGIE AU
CENTRE GILBERT RABY**

Hospitalisation complète

Hospitalisation de jour

Date de la demande d'admission :

Hospitalisation en cours : Oui Non

Si oui, hospitalisé(e) depuis le :

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)*

Médico-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, ...]**

Si votre patient souffre de troubles cognitifs liés à une conduite addictive, merci de remplir le tableau ci-dessous et de joindre si possible un BEARNI +/- MOCA

	Non	Légers	Moyens	Sévères
Troubles de la mémoire immédiate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la mémoire de faits anciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'orientation temporo-spatiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fabulations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles des fonctions exécutives (inhibition, capacités d'adaptations, planification)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suivi après le séjour au 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