

HÔPITAL DE JOUR D'ADDICTOLOGIE

DOSSIER DE PRE - ADMISSION



Hôpital de jour d'Addictologie
Groupe Hospitalier Seclin Carvin – Allée du bois de l'hôpital
59113 Seclin



hdj.addictologie@ghsc.fr



03.61.76.80.00 (Secrétariat)
03.61.76.80.01 (Bureau Infirmier)
03.21.77.28.23 (Cadre de santé)



03.28.16.30.31

Dossier rempli par (nom, prénom, fonction) :

Adresse professionnelle :

Téléphone :

Mail :

Signature :

Pièces à joindre impérativement

- Photocopie de l'attestation de la carte vitale mise à jour
- Photocopie de l'attestation CSS (Complémentaire Santé Solidaire, anciennement CMU) ou carte de Mutuelle en cours de validité
- Photocopie de la Carte d'Identité ou du Passeport
- Photocopie des examens médicaux complémentaires

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA SYSTEMATIQUEMENT REFUSE

1ère PARTIE : PARTIE ADMINISTRATIVE

IDENTITE DU PATIENT

NOM :

PRENOM :

NOM de jeune fille :

Sexe : M F

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Adresse mail :

Situation familiale : Marié(e) Célibataire Pacsé(e) En concubinage

Divorcé(e) Veuf (ve)

Nombre d'enfants :

Personnes à charge :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom/prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Lien de parenté :

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

COUVERTURE MALADIE

(Joindre une photocopie de l'attestation actualisée des droits de l'organisme d'affiliation. La carte vitale doit être mise à jour avant le jour de l'admission)

Nom de l'organisme :

Nom de l'assuré si différent du patient :

Numéro d'immatriculation :

Bénéficiez-vous d'une CSS ou d'une AME ? Date de fin (fournir attestation):

Bénéficiez-vous d'une invalidité ou d'une ALD au titre de la sécurité sociale ?

Oui. Date de fin : Non

PARTIE CONCERNANT UNIQUEMENT LES PATIENTS AYANT UNE MUTUELLE

Mutuelle de santé complémentaire (joindre une photocopie de la carte ou attestation mise à jour)

Nom de l'organisme :

Téléphone :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Nom de l'assuré si différent du patient :

Numéro d'adhérent :

Mutuelle contactée le :

Accord de prise en charge : Oui Non

PROTECTION JURIDIQUE

Non Tutelle Curatelle Curatelle renforcée

Nom du tuteur :

Téléphone :

Adresse Mail :

Adresse :

Code postal :

Ville :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Emploi actuel :

Chômage :

Invalidité :

Retraité :

Arrêt de travail :

Autre :

LOGEMENT

Logement personnel :

Logement non adapté à l'état de santé :

Foyer/ Hôtel :

Hébergement chez un proche :

Structure médico-sociale (CHRS, pension de famille, Appartement thérapeutique...) :

Sans domicile :

Autre :

SITUATION FINANCIERE

Ressources : Oui Non

Lesquelles : Revenus salariés

ARE (chômage)

AAH

Pension d'invalidité

Autres : précisez

Dettes : Oui : précisez

Non

SUIVI JUDICIAIRE

Non :

Oui : Précisez le suivi actuel :

Nom du tribunal :

Nom du référent :

2ème PARTIE : PARTIE MEDICALE
(à remplir uniquement par le medecin)
OBJECTIFS ET PROJET DE SOINS

PATIENT	Nom :	Prénom :	Date de naissance :
----------------	-------	----------	---------------------

DATE :	SIGNATURE ET TAMPON DU MEDECIN :
---------------	---

Objectifs de l'hospitalisation :

- Sevrage thérapeutique
- Hospitalisation de jour dans un contexte de crise
- Consolidation apres un arret des consommations, prevention de la rechute
- Reduction de consommation
- Remédiation cognitive
- Autre :

Evaluation du ou des soignants de la motivation du patient :

Suivi prévu :	Commentaires :
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Par le médecin traitant<input type="checkbox"/> Par un CSAPA, à préciser<input type="checkbox"/> Par un CMP, à préciser<input type="checkbox"/> Par un service spécialisé, à préciser<input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Pas de suivi prévu	

PARTIE MEDICALE - HISTOIRE MEDICALE

ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX :

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES :

ANTECEDENTS FAMILIAUX :

ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX :

ALLERGIES :

HISTOIRE DES CONDUITES ADDICTIVES (conditions de début, durée, mode, prises en charges antérieures avec dates et lieux si possible, co-addictions, prise en charge actuelle)

PARTIE MEDICALE - SITUATION MEDICALE ACTUELLE

Taille :

Poids :

Etat général :

AUTONOMIE :

- Indépendance complète
- Supervision
- Assistance partielle
- Assistance totale

Commentaires :

ELEMENTS CLINIQUES SIGNIFICATIFS (examen clinique)

ETAT PSYCHOLOGIQUE ET COMPORTEMENTAL ACTUEL

- Existe-t-il des idées suicidaires ? Oui Non
Existe-t-il des troubles du comportement ? Oui Non

Commentaires :

ETAT COGNITIF (joindre les résultats des tests réalisés si possible)

- Existe-t-il des troubles cognitifs ? Oui Non
Evaluation des troubles cognitifs réalisée ? Oui Non

Si oui :

- Bilan neuropsychologique MOCA BEARNI AUTRE :

- En cas de troubles cognitifs , le patient a-t-il conscience de ses troubles ? Oui Non (anosognosie)
En cas de troubles cognitifs , le patient adhère-t-il au projet de soins ? Oui Non

Commentaires :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES REALISES OU EXAMENS EN ATTENTE

(compte-rendus à joindre : radiologie , biologie y compris serologies , etc.) :

TRAITEMENT ACTUEL : (y compris traitements de substitution)

Traitement, mis à jour, à transmettre le jour de la préadmission

Nécessaire à prévoir pour votre venue

- **Pour les activités :**

- Tenue de sport en fonction de l'activité prévue (jogging, tee-shirt, tennis ou chaussures de sport impérativement), vêtements de pluie selon météo.
- Serviette personnelle pour activité sportive
- Un cahier et un stylo

- **Pensez aussi à vous munir:**

- Prévoir une gourde/bouteille isotherme : possibilité de la remplir à la fontaine à eau du service