

## DOSSIER D'ADMISSION

DATE :

### DEMANDEUR

Établissement :

Tél :  
E-mail :

Médecin :

Tél :  
E-mail :

Cadre IDE :

Tél :  
E-mail :

Assistante sociale :

Tél :  
E-mail :

Date d'admission souhaitée à partir de :

### PATIENT

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom

Nationalité :

Date et lieu de naissance

N° Portable :

E-Mail :

@

Adresse :

CP :

Ville :

Vous faites une demande d'admission à la clinique d'hôpital de jour Tolbiac pour (plusieurs choix possibles) :

- Prévention de la rechute et consolidation de sevrage
- Programme d'aide à l'arrêt au tabac
- Groupes dédiés aux femmes
- Accompagnement de sevrage ambulatoire en alcool ou cannabis
- Remédiation cognitive

Voici les éléments que doit comporter votre dossier complet :

**DANS TOUS LES CAS**

- Volet administratif et social
- Volet modalités de prise en charge signées
- Volet médical rempli par le médecin appuyant votre demande ou courrier explicitant la demande pour l'hospitalisation de jour
- Copie de votre attestation de prise en charge par la sécurité sociale de moins de 2 mois et attestation mutuelle valide.



NOM PATIENT :

## MÉDECIN DEMANDEUR (COORDONNEES ET CACHET)

Nom  Prénom

Adresse

Tel :  Mail

## OBJECTIF PRIORITAIRE DU SEJOUR

.....  
.....

## SITUATION ADDICTOLOGIQUE ACTUELLE

### ALCOOL

CDA (consommation déclarée d'alcool)  g/L

Ou consommation moyenne estimée (ex : 4 bières 5,5° 50cc/j) :

Dépendance  Oui  Non  
dont dépendance physique  Oui  Non

Sevrage  En cours depuis :   Ambulatoire  Hospitalier

Prévu / date :   Ambulatoire  Hospitalier

Déjà sevré depuis :

### TABAC

Oui  Non Nombre de cigarettes par jour

### CANNABIS

Oui  Non  Occasionnel  Régulier



NOM PATIENT :

## RESUME DE LA SITUATION ADDICTOLOGIQUE

	Problématique actuelle	Problématique ancienne	Démarche de changement	
			Oui	Non
Alcool				
Tabac				
Cannabis				
Opiacés				
Substitution en cours	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui (préciser) <input type="radio"/> dose stabilisée depuis			
Benzodiazépines	si stabilisé : molécule(s) et posologie quotidienne :  traitement stabilisé depuis :			
Cocaïne				
Autre (préciser) :				



NOM PATIENT :

## ANTECEDENTS ET SUIVI ACTUEL

### ADDICTOLOGIQUES

Si hospitalisations **joindre le dernier compte-rendu**

### TRAITEMENTS EN COURS

Joindre une copie de la dernière ordonnance, ainsi que de la dernière ordonnance psychiatrique si le traitement ne figure pas sur l'ordonnance du traitement habituel fournie (ou peut être apportée par le patient à son 1er passage).

### QUEL EST LE SUIVI ACTUEL ?

Addictologue .....

Psychiatre ou pédo-psychiatre : .....

Médecin ou pédiatre traitant : .....

Autres suivis ou pathologies/antécédents éventuels importants pour la prise en charge en hôpital de jour :

.....  
.....  
.....  
.....

# Volet administratif et social



NOM PATIENT :

## COUVERTURE SOCIALE (joindre **obligatoirement** l'attestation)

- REGIME GENERAL       REGIME PARTICULIER :  
 CPAM       CMU       PUMA       AME

N° SECURITE SOCIALE : \_\_\_\_\_ ou N° AME : \_\_\_\_\_

ALD :

- OUI       NON       EN COURS

## COUVERTURE COMPLEMENTAIRE (joindre **obligatoirement** l'attestation recto verso)

- MUTUELLE       CSS       AUCUNE

## LOGEMENT

- Propriétaire       Locataire       Foyer       Sans domicile       Hébergé(e) (préciser)  
 En cours       Autre

## SITUATION FAMILIALE

- Célibataire       Marié(e)       Pacsé(e)       Vie maritale       Divorcé(e)       Séparé(e)       Veuf (ve)

Nombre d'enfants

Enfants à charge

PERSONNE A PREVENIR : Nom :      Prénom :      N° de téléphone :

PERSONNE DE CONFIANCE : Nom :      Prénom :      N° de téléphone :

## SITUATION PROFESSIONNELLE

Profession :

- Retraite       Sans activité

ou arrêt de travail depuis le       /  /

ou longue maladie depuis le       /  /

ou invalidité depuis le       /  /

## RESSOURCES

- Salaire       Indemnités journalières       Assedic       RSA       AAH       Retraite

Autres (préciser) \_\_\_\_\_

## MESURES DE PROTECTION

- Tutelle       Curatelle       Mesure en cours

Nom du tuteur ou du curateur \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

## SUIVI SOCIAL A L'EXTERIEUR

Nom :      Prénom :

Tel :      E-mail :



## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION

1. Vous êtes titulaire d'une attestation ALD 100% (affection Longue Durée) : L'assurance maladie prend en charge l'intégralité de vos frais d'hospitalisation.

2. Vous bénéficiez d'une mutuelle \*

Votre participation sera fonction du tarif et du nombre de jours accordés par votre mutuelle.

4 Vous n'avez pas de mutuelle

Le forfait journalier sera à votre charge.

*\* Nous vous conseillons de vous renseigner directement auprès de votre mutuelle ou de nous contacter pour de plus amples informations*

Je soussigné(e),

Madame,  
Monsieur

\_\_\_\_\_

m'engage.

dans le cas où ma mutuelle ne les prendrait pas en compte, à régler le montant de ma part mutuelle si celle-ci ne prend pas en charge mon séjour en hôpital de jour.

Date     /  /

Signature \_\_\_\_\_

**IMPORTANT** : Aucune admission ne pourra se faire en l'absence d'une pièce d'identité valide : Carte d'identité ou Passeport ou Carte de séjour à l'arrivée du patient.