

DOSSIER D'ADMISSION

Date de la demande :

ADRESSEURS

STRUCTURE ET/OU MÉDECIN ADRESSEUR (COORDONNÉES ET CACHET)

Nom : Prénom :

Adresse :

Tel : E-mail :

PATIENT

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Nationalité :

Date et lieu de naissance : N° Téléphone :

E-mail :

Adresse :

SUIVI ACTUEL

MÉDECIN ADDICTOLOGUE RÉFÉRENT (si différent de l'adresseur)

Nom : Prénom :

Adresse :

Tel : E-mail :

AUTRES INTERVENANTS (psychiatre, psychologue, assistantes sociales etc. merci de préciser leur adresse e-mail.)

-
-
-

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

- Aide au changement (accompagnement vers la diminution ou l'arrêt)
- Aide au maintien du changement (consolidation du sevrage et prévention de la rechute)
- Groupe fermé dédié au Chemsex

Encerclez sur l'échelle le chiffre qui décrit le mieux le degré d'urgence de la prise en charge : ① ② ③ ④ ⑤



SITUATION ADDICTOLOGIQUE

RESUME DE LA SITUATION ADDICTOLOGIQUE

	Problématique actuelle	Consommation déclarée	Sevrage avant l'HDJA (ambulatoire ou hospitalier)	
			Oui	Non
Alcool				
Tabac				
Cannabis				
Opiacés*				
Benzodiazépines				
Cocaïne				
Autre (préciser) :				

*Substitution en cours Non Oui précisez :

stabilisée depuis :

ANTECEDENTS ET TRAITEMENT

ANTÉCÉDENTS : (merci de joindre les comptes rendus d'hospitalisation en votre possession)

ENSEMBLE DES TRAITEMENTS EN COURS (merci de joindre, si possible, la dernière ordonnance)

ELEMENTS DE CONTEXTE OU DE SUIVI IMPORTANT À COMMUNIQUER AVANT L'ADMISSION (social, psychiatrique etc.)



IMPORTANT : merci de joindre à ce dossier une copie de l'attestation de prise en charge par la sécurité sociale de moins de 2 mois ainsi qu'une attestation de mutuelle en cours de validité

Le livret d'accueil de la clinique est consultable sur le site internet : <https://cliniquedejourtolbiac.fr/>