

# DOSSIER D'ADMISSION

DATE :

## DEMANDEUR

Etablissement :	Tel :	E-Mail :
Médecin :	Tel :	E-Mail :
Cadre IDE :	Tel :	E-Mail :
Assistante sociale :	Tel :	E-Mail :
Date d'admission souhaitée à partir du :		

## 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 des épinettes pour:

- Hospitalisation complète
- Hôpital de jour

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 pour l'hospitalisation complète 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/j

Dépendance  Oui  Non

dont dépendance physique  Oui  Non

Sevrage  En cours  Ambulatoire depuis (lieu et date) .....  Hospitalier

Prévu  Ambulatoire depuis (lieu et date) .....  Hospitalier

**TABAC**

Oui  Non Nombre de cigarettes par jour .....

**CANNABIS**

Oui  Non  Occasionnel  Régulier

**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)			
Benzodiazépines				
Autres (préciser)				



NOM PATIENT :

## ANTECEDENTS

### ADDICTOLOGIQUES

Hospitalisations (dates, lieux et indications) **joindre les comptes rendus**

---

---

---

---

### SOMATIQUES

Pathologies et hospitalisations notables influençant la surveillance en cours du séjour  
(dont antécédents de complications de sevrage : DT, crises comitiales et pathologies cardiovasculaires).

---

---

---

### PSYCHIATRIQUES

Hospitalisations (dates, lieux et indications) **joindre les comptes rendus**

---

---

---

---

Suivi psychiatrique (mode, traitements, durée)

---

---

---

---

---

Tentatives de suicides (modes, dates)

---

---

---

---



NOM PATIENT :

## SITUATION CLINIQUE ACTUELLE

### COMPLICATIONS HEPATO-DIGESTIVES

Non  Oui (préciser) |

### COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES

Non  Oui (préciser) |

### DIABETE

Non  Oui (préciser) |

**AUTRES** (préciser)

.....  
.....

**STATUT SEROLOGIQUE VIRAL** si connu (HBV, HCV, HIV)

.....  
.....

**Joindre une copie d'un bilan biologique de moins de deux mois** comprenant au minimum : NFS, plaquettes, ionogramme sanguin, créatininémie, bilan hépatique (ALAT, ASAT, GGT).

**Tous traitements en cours** avec posologie (**joindre une copie de la dernière ordonnance**).

## QUEL SUIVI PREVOYEZ-VOUS A LA SORTIE ? AVEC QUELS CORRESPONDANTS ?

Addictologue .....

Psychiatre .....

Psychologue.....

Médecin traitant.....

Autre .....

.....  
.....

# 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)

- MUTUELLE       CMU -C       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 : .....

## SITUATION PROFESSIONNELLE

Profession :  Retraite       Sans activité

ou arrêt de travail depuis [ ]/[ ]/[ ] ou longue maladie depuis [ ]/[ ]/[ ]

le [ ]/[ ]/[ ] 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. Cette prise en charge ne concerne pas les frais annexes (forfait journalier et confort).
- 2. LE FORFAIT JOURNALIER** à votre charge est de 20 euros en 2018 par journée d'hospitalisation complète. Pris en charge par la CMU-C si la date de validité correspond à la date du séjour ou par la mutuelle selon l'accord de prise en charge.

**3. Vous bénéficiez d'une mutuelle \***

Votre participation sera fonction du tarif et du nombre de jours accordés par votre mutuelle. A noter que la CMUC ne couvre jamais le supplément chambre individuelle.

**4 Vous n'avez pas de mutuelle**

Le montant du supplément «Chambre individuelle» 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 sollicite,

- une chambre individuelle     une chambre double

Lors de l'attribution de votre chambre, une caution de 100 euros (en espèces ou en chèque) vous sera demandée pour la remise de la clé (badge), un état des lieux d'entrée sera effectué. Cette caution vous sera restituée à votre départ selon l'état des lieux de sortie et après la vérification de votre dossier financier.

Je soussigné(e),

Madame,  
Monsieur

.....

m'engage,

dans le cas où ma mutuelle ne les prendrait pas en compte, à régler le montant du forfait journalier et/ou Ticket modérateur et/ou supplément chambre particulière pour toute la durée de mon séjour à la clinique des épinettes.

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.