



Centre Hospitalier Public D'HAUTEVILLE  
Unité ESPERANCE  
Rue des narcisses  
B.P. 41  
01110 PLATEAU D'HAUTEVILLE

## **DOSSIER DE PRE-ADMISSION**

**Unité Espérance**

**Cure d'Addictologie**

**Téléphone 04 74 40 82 50**

**Télécopie 04 74 40 81 77**

**Une date d'entrée sera fixée après :**

**1 - Réception du dossier de pré admission**

**2 - Appel du patient pour son inscription**

Ce dossier devra être rempli intégralement et avec soin afin de faciliter l'étude de votre demande ; Nous vous remercions de votre confiance.

NOM :

PRENOM :

**PROVENANCE DU PATIENT**

**Etablissement de soins**

Nom de l'établissement :

Service :

Nom du responsable de service :

Téléphone :

Nom de l'Assistante Sociale :

Téléphone :

**Domicile**

Adressé (e) par :

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

NOM :

NOM J.FILLE :

PRENOM :

Sexe :  M  F

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Situation de famille :

Célibataire

Marié(e)

Union libre

Veuf (ve)

Divorcé(e)

Séparé (e)

Adresse personnelle :

Téléphone :

**Organismes de prise en charge**

Sécurité Sociale :

OUI

NON

Mutuelle ou C.M.U.

OUI

NON

Assurance privée :

OUI

NON

Payant :

OUI

NON

**Situation professionnelle :**

Actif

A.A.H.

Pôle emploi

R.S.A.

Invalidité

Retraite

Autres

A préciser : .....

Travailleur indépendant A préciser : .....

Arrêt de travail depuis le : .....

**NOM :**

**PRENOM :**

**Médecin Traitant**

Nom :

Adresse :

Téléphone :

**Pharmacie**

Nom :

Adresse :

**Personnes à prévenir**

	<b>1<sup>ère</sup> PERSONNE</b>	<b>2<sup>ème</sup> PERSONNE</b>
<b><u>Nom - Prénom</u></b>		
<b><u>Lien avec l'intéressé (e)</u></b>		
<b><u>Adresse</u></b>		
<b><u>Téléphone domicile</u></b>		
<b><u>Téléphone portable</u></b>		

**Tuteur/Curateur :**

Nom : .....Prénom : .....

Adresse et téléphone : .....

NOM :

PRENOM :

**FICHE SOCIALE**

**LOGEMENT :**

Propriétaire

Locataire

Foyer

Chez un tiers

Sans domicile fixe

Quelle solution d'hébergement est envisagée à la sortie ?

.....  
.....

**ACCOMPAGNEMENT SOCIAL**

Etes-vous actuellement suivi par un travailleur social :

Oui

Non

Nom : .....

Organisme et téléphone : .....

NOM :

PRENOM :

**DOSSIER MEDICAL**

**A remplir impérativement par un médecin**

**ALD en cours :**  OUI  NON

Si oui, merci de préciser le motif de l'ALD et de joindre le protocole de soins à ce dossier :

.....

**Antécédents médicaux et chirurgicaux :**

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

**Hépatite B :**

**Dernier rappel DTP le :**

**Hépatite C :**

**Transfusions :**

**Allergie(s) :**

Si oui, lesquelles ? .....

**Régime particulier :** .....

**Antécédents Addictologiques :**

Addiction	Consommé actuellement	Arrêté le	Substitut
Alcool			
Tabac			
Cannabis			
Cocaïne, héroïne, LSD, ecstasy.....			
Jeux			
Autres			

**Soins en Addictologie :**

Sevrages physiques

Années et Lieux : \_\_\_\_\_

Cures

Années et Lieux : \_\_\_\_\_

Post cures

Années et Lieux : \_\_\_\_\_

Soins en ambulatoire

Années et Lieux : \_\_\_\_\_

NOM :

PRENOM :

**Antécédents Psychiatriques ( informations importantes et nécessaires pour la prise en charge dans notre Institution ) :**

- Phobie
- Dépression
- Troubles de la personnalité  A préciser : .....
- Anxiété
- T.S.  Nombre et année : .....

**Antécédents de soins :**

- Hospitalisations, lieux et dates :

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

- Suivi ambulatoire actuel (CMP, Psychiatre, psychologue.....)

A Préciser : .....  
.....

**Traitement actuel :**

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

**Motivations du patient pour cette cure :**

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

Date : .....  
Cachet et Signature du médecin

**Merci de joindre les comptes rendus des différents examens médicaux et hospitalisations datant de moins de 6 mois**