



Unité de Sevrage
Centre de Soins, de Suite et
de Réadaptation en Addicologie
7, rue de la Demi-Lune
39140 Bletterans
Tel : 03.84.48.17.21. - Fax : 03.84.48.46.47.
Email : secmed@adlca-bletterans.fr

DEMANDE d'ADMISSION

Date d'admission souhaitée :

- Pour :
- Sevrage
 - SSR
 - Les 2

IDENTITE DE L'ETABLISSEMENT ADRESSEUR :

Nom de l'établissement : 
..... 
..... 

Médecin Hospitalier : Service : 
Spécialité du médecin : 

Dates du séjour hospitalier précédant l'admission en SSR :
 entrée : sortie prévue : acte en K :

Ce séjour est-il consécutif à une autre hospitalisation ? OUI NON
Auquel cas, nous préciser les lieu et dates et joindre un bulletin de situation :

IDENTITE DU PATIENT :

Nom :	Prénom :		
Nom de jeune fille :			
Né(e) le :	à	Age :	ans
Domicilié(e) à :			
Situation de famille :	depuis quelle date :		
Nombre d'enfants (sexes et âges) :			

I - FICHE ADMINISTRATIVE ET SOCIALE

Nom :

Prénom :

🌀 DROITS SOCIAUX 🌀

➤ **Sécurité sociale :** Régime : taux : 80% 100%
(ALD)

Adresse :

Ouverture des droits jusqu'au :

Matricule :



La personne perçoit-elle des indemnités journalières : OUI NON
Si non, les démarches ont-elles été entreprises : OUI NON

➤ **Mutuelle :** N° adhérent :

Adresse :

Ouverture des droits :

Prise en charge forfait journalier :



Prend-elle en charge l'alcoolisme ? OUI NON

➤ **C.M.U. :** OUI NON **EN COURS :** dossier établi le :
auprès de quel organisme : par :

Date de validité :



SI LA PERSONNE N'A PAS DE COMPLEMENTAIRE, PEUT-ELLE REGLER LE FORFAIT JOURNALIER ?

OUI NON

🌀 SITUATION PROFESSIONNELLE 🌀

➤ **Diplômes ou niveau scolaire :**

➤ **Salarié(e) :** employeur :
qualification :

➤ **Emploi principal :**

➤ **chômeur :** depuis le : allocation réglée par :N° allocataire :

➤ **Invalide :** pension réglée par :N° allocataire :

➤ **Adulte handicapé :** AAH réglée par :N° allocataire :

➤ **RSA :** Régulé par :N° allocataire :

➤ **Retraité(e) :** depuis le :

➤ **Autre situation :** à préciser :

☞ SITUATION PERSONNELLE ☞

➤ **Difficultés en cours :**

* **Problèmes familiaux :** à préciser

* **Problèmes professionnels :** à préciser

* **Problèmes judiciaires :** à préciser

➤ **Antécédents cures et post-cures :**

DATE	LIEU	DUREE D'ABSTINENCE

☞ SITUATION à la SORTIE ☞

➤ **Emploi :**

➤ **Logement :**

➤ **Projet de suivi (social, médical, psychologique) :**

➤ **Autres projets (à préciser) :**

2 - FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

Nom :

Prénom :

à compléter par un médecin et à transmettre sous pli confidentiel

❧ DOSSIER MEDICAL ❧

- Historique de l'exogénose et antécédents familiaux :

- Boissons habituelles :

- Antécédents médicaux :

- Antécédents chirurgicaux :

- Antécédents psychiatriques : (*tentative de suicide, névrose, ...*)

- Etat psychologique actuel : (*comportement, dépression, motivation, ...*)

- Autres dépendances : (*tabac, toxicomanie, jeu, ...*)

❧ BILAN ❧

- Biologique :

	Entrée	Sortie
Gamma G.T.		
V.G.M.		

- Autres Examens : (*joindre les derniers bilans si possible*)

- Sérologie B, C, VIH :

- Poids :

- Tension artérielle :

- Pouls :

- Régime :

- Allergie :

- Radio pulmonaire :

TRAITEMENT ACTUEL

VACCINATIONS

➤ Statut vaccinal :

➤ Proposition au patient le :

➤ Refus de la vaccination antitétanique préventive :

De :

OUI

NON

Signature :

➤ Contre indications aux activités sportives :

Oui et pourquoi

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

Non

En complément du dossier, nous demandons :

1. Une lettre d'accompagnement du médecin relatant le compte-rendu d'hospitalisation à remettre dès l'entrée
2. Une lettre de motivation du futur patient concernant sa démarche de soins, sa décision d'entrée en post-cure et expliquant ses projets à la sortie de notre établissement.

ATTESTATION

Je soussigné Dr atteste que
M..... peut mener une vie normale en collectivité sans précautions
particulières pour lui-même comme pour autrui. Je m'engage, par ailleurs, à le réadmettre dans mon service
en cas de rechute ou de difficultés d'adaptation.

Fait à le

Cachet et Signature du Médecin obligatoire

En cas de non transfert direct :

↪ **Entreprendre les démarches nécessaires à la prise en charge du séjour dans notre établissement**

↪ **De plus, les frais de séjour seront pris en charge à 80% par la sécurité sociale tout le séjour y compris au-delà de 30 jours, d'où l'importance de vous assurer que la mutuelle prend bien en charge l'alcoolisme et le ticket modérateur au-delà du 30^{ème} jour.**