

## DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION HÔPITAL DE JOUR ADULTES

### FILIÈRE ADDICTOLOGIE

À adresser à [accueil.hdjaddicto@clinique-bethanie.fr](mailto:accueil.hdjaddicto@clinique-bethanie.fr)

► **Date de la demande :** \_\_\_\_\_

► **Coordonnées et informations patient :**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Genre : \_\_\_\_\_

Adresse domicile : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Mutuelle : \_\_\_\_\_

Prise en charge ALD : Oui  Non

Mesure de protection : Oui  Non

Si oui, merci de préciser : \_\_\_\_\_

Dossier MDPH : Oui  Non

Situation sociale et judiciaire : \_\_\_\_\_

*NB : Faire parvenir une copie des documents le cas échéant*



► **Suivi actuel :** (Précisez le médecin traitant)

**Addictologue référent**

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

**Psychiatre**

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

**Médecin généraliste**

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

► **Contexte de la demande :**

**Motif - Objectif de la demande**

**Biographie et mode de vie :**

**Antécédents personnels :**

- Psychiatriques (diagnostics, hospitalisations, tentatives de suicide, etc.) :

- Somatiques :

- Allergies :

**Antécédents familiaux :**

- Addictologiques :

- Psychiatriques :

- Somatiques :

**Traitement en cours** (*joindre la dernière ordonnance*) :

**Histoire récente des consommations** (*joindre un compte-rendu d'évaluation*) :

► **Contexte de la demande :**

	DIAGNOSTIC DE TROUBLE DE L'USAGE ? Depuis quand ?	CONSOMMATION ACTUELLE OU PASSÉE ? (Précisez mode, quantité / fréquence)	DATE DE RÉMISSION SI ARRÊT ?	STADE DE MOTIVATION AU CHANGEMENT ?	REMARQUES
TABAC					
ALCOOL					
CANNABIS					
PSYCHOSTIMULANTS (cocaïne, méthamphétamines)					
OPIACÉS (héroïne, antalgiques opiacés)					
LSD Champignons hallucinogènes					
COMPORTEMENT (jeu, sport, travail, sexe, alimentation)					
AUTRES (NPS, médicaments...)					

FILIERE ADDICTOLOGIE



► **Contre-indication à la prise en soins dans notre unité :**

- Âge inférieur à 18 ans ou supérieur à 65 ans
- Difficultés d'élaboration ou troubles cognitifs marqués (démence, déficience intellectuelle moyenne à sévère...)
- Handicap moteur important
- Trouble psychiatrique non stabilisé
- Personnalité antisociale
- Trouble du spectre de l'autisme
- Consommation active de substances entravant la prise en charge psychothérapeutique

**Il faut noter que la prise en charge en hôpital de jour spécialisé en Addictologie reste complémentaire du suivi médical du patient réalisé par le médecin référent.**

**Le suivi médicamenteux du patient est donc sous le contrôle de son médecin référent.**

**Par ailleurs, la nécessité de prescription médicale de transport est évaluée par le médecin demandeur.**

► **Médecin demandeur :**

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

DATE ET SIGNATURE