

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION HÔPITAL DE JOUR ADULTES

FILIÈRE ADDICTOLOGIE

À adresser à accueil.hdjaddicto@clinique-bethanie.fr ou, dans le cas où vous êtes dotés d'une messagerie sécurisée, à secretmed.hdj@clinique-bethanie.mssante.fr

Ce document confidentiel est à remplir par le professionnel à l'origine de la demande.

► **Date de la demande :** _____

► **Coordonnées et informations patient :**

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Genre : _____

Situation familiale : _____ Nombre d'enfants : _____ dont à charge : _____

Adresse domicile : _____

Si vous êtes hébergé(e), merci de nous communiquer les coordonnées et adresse de l'hébergeur.

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 (obligatoire pour Admission sur l'HDJ ou préciser si besoin de suivi)

Nom et Coordonnées :

Psychiatre (le cas échéant)

Nom et Coordonnées :

Médecin généraliste

Nom et Coordonnées :



► **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 :

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

FILIERE ADDICTOLOGIE

► **Contexte de la demande :**

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

	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 d'un transport médicalisé est évaluée et/ou prescrite par le médecin traitant ou le médecin addictologue extérieur.

FILIERE ADDICTOLOGIE

► **Médecin demandeur :**

Nom : _____

Téléphone : _____

Fax : _____

E-mail : _____

DATE ET SIGNATURE