



Centre Hospitalier Public d'Hauteville
Unité Espérance
Rue du Dr CREPIN

01110 HAUTEVILLE-LOMPNES

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 :

Personnes à prévenir

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

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

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

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

Hépatite B :

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