

Pôle addictologie

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande d'admission, vous trouverez, ci-joint, un dossier de préadmission.

En ce qui concerne vos demandes d'admission, vous pouvez contacter directement :

LA GESTION-REGULATION :



01.34.40.41.41



01.34.40.42.97



regulation@cdp95.fr

Les délais sont en général longs. Il est donc important d'envoyer le dossier complet le plus rapidement possible, c'est-à-dire :

- un courrier médical
- le dossier de préadmission
- une lettre de motivation manuscrite
- la photocopie de l'attestation d'affiliation de Sécurité Sociale
- l'attestation de la prise en charge 100 % délivrée par la CPAM :

Sans cette information, l'hospitalisation sera, par défaut, facturée à 80 %

- la photocopie de la carte de mutuelle

Il vous appartient de vérifier auprès de la mutuelle que les codes 230 (psychiatrie) et 214 (addictologie) sont bien pris en charge par la mutuelle afin d'éviter des défauts de prises en charge effectives et que les patients décident de sortir prématurément du service.

- la photocopie de la pièce d'identité

Le dossier complet sera soumis au médecin addictologue.

Afin d'avoir une date d'admission, nous demandons au patient de rappeler, une semaine après l'envoi du dossier (01.34.40.41.41).

Nous ne rappelons les patients qu'en cas de refus ou pour avoir des précisions.

En cas de transfert le patient devra se présenter avec un courrier médical ou un compte rendu (comportant le traitement médicamenteux) le jour de l'admission.

Merci de votre confiance.

POLE D'ADDICTOLOGIE
DOSSIER D'ADMISSION COMMUN

- SECTEUR ADDICTOLOGIE DE L'UNITE DE PSYCHIATRIE
- SOINS MEDICAUX ET READAPTATION EN CONDUITES ADDICTIVES
- SOINS MEDICAUX ET READAPTATION EN NEURO-ADDICTOLOGIE (remplir impérativement le paragraphe p 5 *)

Choix souhaité susceptible d'être modifié en raison d'impératifs médicaux ou administratifs.

IDENTITE DU PATIENT

NOM :

Prénom :

Date de naissance : ___ / ___ / ___

PROFESSIONNEL DEMANDEUR

NOM :

Prénom :

Fonction :

Etablissement :

Service :

DOMICILE

Fixe non oui
Personnel

Adresse : _____

Hébergé non oui Chez qui ? _____

Adresse : _____

SDF non oui Si oui, secteur géographique de vie : _____

📠 Dom :

Trav :

Port :

Mail :

SITUATION DE FAMILLE ACTUELLE

Célibataire Marié(e) Séparé(e) Pacsé(e)

Veuf (ve) Divorcé(e) Vit maritalement

Nb d'enfant(s) :

Nb d'enfant(s) à charge :

Tuteur

Nom :

Coordonnées

Prénom :

COUVERTURE SOCIALE

* Droits CPAM ouverts : non oui Exonéré(e) du TM : non oui

* Pathologie(s) donnant lieu à l'exonération du ticket modérateur :

* Mutuelle : non oui CMU : non oui

↳ Coordonnées : _____

PROBLEMES SOCIAUX

non oui Lesquels :

Travailleur social référent : _____

OBJECTIF DE L'HOSPITALISATION (en 2 ou 3 lignes) :
(Si ce n'est pas précisé dans le courrier médical)

Le patient est-il d'accord avec ce projet ? non oui

TOXIQUES CONSOMMES

Tabac : _____

Alcool : _____

Cannabis : _____

Opiacés illicites : _____

Cocaïne : _____

Médicaments psychotropes : _____

Autres : _____

EVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE

Y a-t-il eu tentative de suicide dans les antécédents récents ou anciens ? Si oui préciser dans quelles circonstances (en 2 ou 3 lignes)

Le patient exprime-t-il des idées suicidaires en ce moment ? non oui

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES OU ADDICTOLOGIQUES

Hospitalisations antérieures éventuelles : leur nombre, leur lieu, leurs modalités (HL, HDT, HO)

Y a-t-il un suivi psychiatrique actuel ?

ANTECEDENTS MEDICAUX IMPORTANTS

(Si ce n'est pas précisé dans le courrier médical)

ANTECEDENTS DE CORONAVIRUS

Le patient a déjà eu la COVID 19 : non oui Inconnu

☞ Si oui, à quelle date :

Vaccination COVID 19 : non oui Inconnu

☞ Si oui, à quelle date :

☞ Commentaires :

TROUBLES COGNITIFS *

Paragraphe à remplir uniquement pour les demandes d'hospitalisation en neuro-addictologie

	NON	LEGERS	MOYENS	SEVERES
Troubles de la mémoire				
• immédiate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• des faits anciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles des fonctions exécutives (calcul, raisonnement, écriture...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'orientation				
• dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fabulations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cette unité n'a pas pour vocation d'accueillir des patients présentant un syndrome de Korsakoff installé mais des patients présentant des troubles cognitifs modérés, nécessitant une évaluation et pouvant bénéficier d'un programme de remédiation cognitive.

Avez-vous réalisé des examens d'imagerie cérébrale (scanner, IRM, ...) non oui
(si oui, merci de joindre les C.R.).

ANTECEDENTS JUDICIAIRES

(afin d'éviter de recevoir en même temps plusieurs patients ayant ce type d'antécédents)

QUI SUIVRA LE PATIENT A LA SORTIE

Addictologue :

Psychiatre :

Médecin traitant :

Psychologue :

IL EST SOUHAITABLE QUE LES PATIENTS PUISSENT ETRE REÇUS PAR LEURS MEDECINS REFERENTS ASSEZ RAPIDEMENT APRES LA SORTIE

EN CAS DE TRANSFERT, MERCI D'ADRESSER UN COURRIER DE SORTIE EN PRECISANT LE TRAITEMENT EN COURS

Documents indispensables à joindre à cette demande :

- ➔ **Courrier médical – Compte rendu**
- ➔ **Lettre de motivation manuscrite.**
- ➔ **Copie pièce d'identité**
- ➔ **Attestation Carte Vitale (plus, si prise en charge 100 % accordée, l'attestation de la prise en charge 100 % délivrée par la CPAM : sans cette information, l'hospitalisation sera par défaut facturée à 80 %)**
- ➔ **Mutuelle : Il appartient au patient de vérifier auprès de sa mutuelle que les codes 230 (psychiatrie) et 214 (addictologie) soient bien pris en charge afin d'éviter des problèmes de prise en charge et que les patients décident de sortir prématurément du service.**

DOSSIER FAIT A..... le.....

Signature du médecin