

## Dossier d'admission

À adresser par mail à : [admissions@cliniquedejourcharonne.fr](mailto:admissions@cliniquedejourcharonne.fr)

(Liuret d'accueil consultable sur le site : [www.cliniquedejourcharonne.fr](http://www.cliniquedejourcharonne.fr))

**Toute demande incomplète ou illisible sera refusée.**

Date de la demande :

Patient :

Nom :	Nom de naissance :
Prénom :	
Date de Naissance :	Lieu de naissance :
N° de Téléphone :	E-mail :
Nationalité :	
Adresse :	

Médecin adresseur :

Structure :	
Spécialité :	
Nom :	Prénom :
Téléphone :	E-Mail :
Adresse :	

## Volet médical

### Objectif de la prise en charge :

- « Aide au changement » (accompagnement motivationnel vers la réduction ou l'arrêt des consommations). **Réservé aux patients bénéficiant déjà d'un suivi addictologique individuel.**
- « Aide au maintien » (consolidation et prévention de la récidiue dans les suites d'un sevrage ambulatoire ou résidentiel).

### Merci de décrire brièvement le projet de soin addictologique du patient :

--

### Médecin addictologue référent (si différent de l'adresseur) :

Structure :	
Nom :	Prénom :
Téléphone :	E-Mail :
Adresse :	

### Autres intervenants (psychiatre, médecin traitant, psychologue, assisant social, etc). Merci de préciser l'e-mail :

--

### Situation Addictologique :

Substance	Problématique Actuelle	Consommation Déclarée	Sevrage avant HDJ	
Alcool	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Tabac	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cannabis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

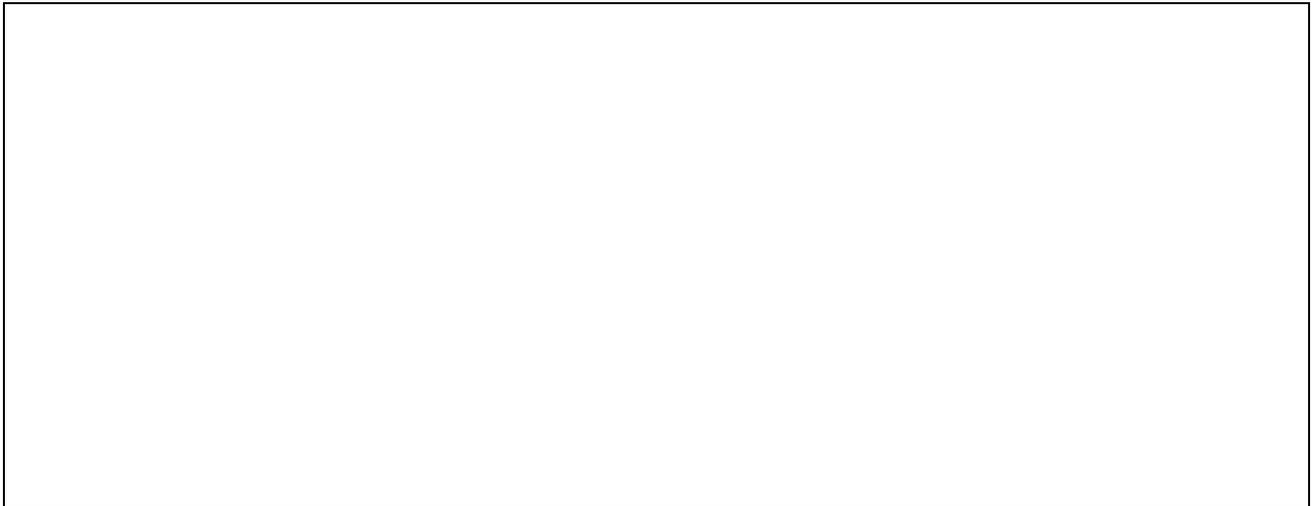
Cocaïne	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Crack	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Opiacés*	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Benzodiazépines	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Médicament	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autre (préciser)				

\* Traitement par agoniste opioïde en cours : Oui / Non.

Antécédents somatiques et psychiatriques (merci de joindre, si possible, le dernier CRH en votre possession) :

Traitements (merci de joindre, si possible, la dernière ordonnance) :

Éléments de contexte ou de suivi que vous jugez important de nous communiquer avant l'admission :



**Merci de vous assurer que le patient dispose de droits à l'assurance maladie ouverts (affiliation à un régime de sécurité sociale ou protection universelle maladie) et bénéficie d'une prise en charge du forfait hospitalier journalier (assurance complémentaire / mutuelle, complémentaire santé solidarité, aide médicale d'état).**