



# Demande d'admission Hôpital de Jour Addictologie

ETABLISSEMENT PRIVE PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER  
Place de la Liberté - 22000 SAINT-BRIEUC  
Tel : 02.96.68.94.88 / Fax : 02.96.68.94.90 /  
mail : secretariat.HDJ.lavancee@ahbretagne.com  
FINESS : 220017974

Page 1 / 7

Ce document nous permet de mieux vous connaître et de nous assurer un minimum d'informations utiles lors de notre première rencontre. Vous pouvez garder un double (à apporter lors de votre venue) et nous faire parvenir au plus tôt un exemplaire.

**Date de la demande :**

Demande d'admission concernant :

NOM\* : ..... NOM de Jeune Fille : .....

Prénom\* : .....

Date de naissance\* : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse\* : .....

.....

☎ : ..... Portable\* : .....

Mail : .....

**\* éléments indispensables à renseigner**

Nom du Médecin prescripteur :

Avez-vous un espace santé ouvert ? OUI  NON  Ne sait pas

Comment envisagez-vous de vous rendre à l'hôpital de jour (véhicule personnel, bus, vélo.....) ?

## MA SITUATION ADDICTOLOGIQUE

Merci de nous transmettre **une LETTRE** retraçant votre parcours avec votre, vos addiction(s) et également votre parcours personnel ainsi que vos difficultés actuelles (sociales, relationnelles, familiales, professionnelles, judiciaires...). N'hésitez pas à exprimer vos projets, objectifs ainsi que vos attentes concernant une future prise en soin en hôpital de jour d'addictologie (**à joindre une copie de votre demande et garder éventuellement un double avec vous**).

**MA SITUATION SOCIALE ET ADMINISTRATIVE**

***Vous pouvez vous rapprocher d'une assistante sociale pour remplir cette partie.***

Un suivi social est-il en cours ? Avec qui ? Pourquoi ?

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

Nature des ressources : .....

Avez-vous un arrêt de travail en cours : OUI  NON

Mesure de protection OUI  NON  Qui? .....

Coordonnées : .....

Organisme de prise en charge (CPAM, MSA, ...) :

.....

Adresse de l'organisme:

.....  
.....

N° d'immatriculation Sécurité sociale :

.....

Droits ouverts jusqu'au : ..... / ..... / ..... ***(Joindre la copie de la carte d'assuré social)***

**Merci de joindre votre mutuelle.** Prend-elle en charge les séjours en hôpital de jour d'addictologie (discipline 528) ?

OUI  NON

Ticket modérateur pris en charge par :

Assuré : OUI  NON

Complémentaire Santé .Solidaire (ex CMU). : OUI  NON

Mutuelle : OUI  NON

Mutuelle : ***(Joindre la copie de la carte de mutuelle)***

.....

N° de contrat : .....

Adresse :  
.....  
.....

Tél. : .....

**FICHE PRESCRIPTEUR**

Chère Consœur, Cher Confrère,

Etant un HDJA SSR, nous prenons en charge des patients stabilisés alors que les décompensations aiguës ont été prises en charge (par exemple, nous n'accueillons pas les patients en DOA, pancréatite aiguë, troubles cognitifs non explorés et étiquetés, suicidaires, phase délirante ou maniaque, ...). L'équipe étant pluridisciplinaire, nous ne pourrions et ne souhaitons pas nous substituer au médecin traitant, qui continuera donc à être le prescripteur principal et le médecin de premier recours. Au préalable, veuillez-vous assurer que votre patient :

- soit apte à participer à une vie collective et à des groupes de parole,
- soit apte à une activité physique modérée (certificat d'aptitude à fournir),
- ne présente pas de troubles cognitifs sévères,
- soit suffisamment stabilisé sur le plan d'éventuelles pathologies psychiatriques et somatiques.

Si une dépendance physique à l'alcool (et +/- aux benzodiazépines) est installée, un sevrage préalable sera nécessaire.

Demande d'admission concernant :

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance :

 :

Date de la demande :

Etablissement et/ou médecin demandeur :

Adresse :

Tél :

Fax :

@ :

Adresse mail sécurisée :

Le patient est-il actuellement hospitalisé ?

Si oui, merci de préciser la date d'hospitalisation :

Quelle est sa date de sortie envisagée ?

**SUIVI MEDICAL :**

Coordonnées du Médecin traitant habituel :

.....

Coordonnées des Médecins qui rencontrent régulièrement le patient/ Coordonnées des personnes qui accompagnent le patient :

.....

.....

Quel suivi est envisagé pour le patient après le séjour en HDJA ?

- Social Date : ..... Avec : .....
- Addictologique Date : ..... Avec : .....
- Psychiatrique Date : ..... Avec : .....
- Autres : ..... Date : ..... Avec : .....

**HISTOIRE DES ADDICTIONS :**

Quels sont le(s) produit(s) consommé(s) par le patient ? Veuillez en préciser l'ancienneté, la nature et les modalités d'usage, leur répercutions et éventuellement lequel pose le plus de problème et pourquoi :

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

Suivi addictologique en cours (coordonnées) :

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

Soins addictologiques antérieurs : (Joindre le maximum de comptes rendus)

.....  
 .....

DATE	ETABLISSEMENT	ADDICTION : Produit(s) ou sans produit	SERVICE DU DOCTEUR
1 -			
2 -			
3 -			

**ANTECEDENTS DU PATIENT:** (séquelles persistantes, douleurs, fragilité, .... quel(s) suivi(s) ?)

Poids : ..... Taille : .....

**Médicaux, gynéco, allergies (surtout médicamenteuse), régime :** (joindre les courriers et comptes rendus à votre disposition)

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

**Chirurgicaux** : (joindre les courriers et comptes rendus à votre disposition)

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

**Psychiatriques** : (Donner le compte-rendu le plus détaillé possible)

.....  
.....

Le patient bénéficie-t-il d'une ALD 30 :

OUI  pour quelle(s) pathologie(s) ?.....  
NON

Traitement actuel et habituel (***Merci de joindre un double de l'ordonnance actuelle.***)

.....  
.....

Transport : Votre patient est-il en capacité (physique, psychologique, matérielle) de se déplacer (bus, train, véhicule personnel) pour venir quotidiennement à l'HDJA à ST BRIEUC ?

Si non, y-a-t-il quelqu'un dans son entourage qui pourrait le véhiculer ?

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

Le patient a-t-il des restrictions à la pratique d'une activité physique (mobilité articulaire, cardio, piscine, ...) ? Pourquoi ? .....

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

Le patient est-il en arrêt de travail. En mi-temps thérapeutique ? Une reprise professionnelle est-elle possible ? Si non pourquoi ?

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

En tant que prescripteur, qu'attendez-vous de la prise en soins au sein de l'HDJA ?

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

Autres indications utiles et éléments nécessitant une surveillance particulière :

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

En cas de problèmes physiques ou psychiques incompatibles avec le maintien de votre patient en HDJA, celui-ci peut-il être réadmis dans votre unité de soins ? : OUI  NON

Autre réponse :

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

Dans l'attente de la première rencontre, pouvez-vous prescrire un bilan biologique NFS, BH, TP, Glycémie AJ, Bilan lipidique, Bilan sérologies VHB, VHC, VIH, CRP, TSH.

Fait à .....le.....

Cachet du Médecin  
Signature

***(Merci de nous faire parvenir le compte rendu d'hospitalisation dès la sortie du patient)***

## Pièces à fournir

### Cases à cocher

Lettre : OUI  NON

Photocopie de la pièce d'identité : OUI  NON

Photocopie de la carte mutuelle : OUI  NON

Attestation carte vitale : OUI  NON

Photocopie du traitement en cours : OUI  NON

Bilan biologique (NFS, BH, TP, Glycémie AJ, Bilan lipidique, Bilan sérologies VHB, VHC, VIH, CRP, TSH) : OUI  NON



association  
hospitalière  
de Bretagne



Centre  
Hospitalier  
Saint-Brieuc