DEMANDE D'ADMISSION
ESCALES

CH VAUCLAIRE - 79 avenue Georges Pompidou – 24000 PERIGUEUX
☎ 05 53 05 66 80
secretariat.addictologie@ch-vauclaire.fr

SITUATION MEDICALE – A REMPLIR PAR LE MEDECIN ADRESSEUR

MEDECIN TRAITANT

Docteur .....

Lieu d'exercice : .....

Téléphone : .....

SERVICE ADRESSEUR :

(si différent du médecin traitant)

Etablissement : .....

Docteur .....

Téléphone : .....

Mail : .....

ANTECEDENTS SOMATIQUES / PSYCHIATRIQUES / FAMILIAUX :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

HISTOIRE DE LA MALADIE ADDICTIVE ET CONSOMMATIONS DECLAREES ACTUELLES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANTECEDENTS DE PRISE EN CHARGE (CSAPA…) : .....

.....

DEVENIR EN SORTIE D'HOSPITALISATION ESCALES :

Domicile / Lieu d'hébergement : .....

Suivi addictologique envisagé :

☐ HDJ ☐ CSAPA ☐ Postcure ☐ Communauté thérapeutique

☐ Autres : .....

.....

DOCUMENTS A FOURNIR

- ✓ Dernier bilan sanguin
- ✓ Dernier compte rendu d'hospitalisation
- ✓ Traitement actuel

SIGNATURE ET CACHET :

DEMANDE D'ADMISSION
ESCALES

CH VAUCLAIRE - 79 avenue Georges Pompidou – 24000 PERIGUEUX
☎ 05 53 05 66 80
secretariat.addictologie@ch-vauclaire.fr

SITUATION ADMINISTRATIVE – A REMPLIR PAR LE PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....

Nom d'usage : ..... Date de naissance : .....

LOGEMENT :

☐ Logement autonome ☐ Foyer ☐ SDF ☐ Hébergé(e) chez : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Adresse mail : .....

SITUATION PROFESSIONNELLE :

☐ Emploi ☐ Retraité(e) ☐ Sans activité

RESSOURCES :

☐ Salaire ☐ Indemnités journalières ☐ Indemnités chômage ☐ AAH ☐ Retraite

☐ RSA ☐ Autres : .....

MESURE DE PROTECTION :

☐ Sans objet ☐Tutelle

☐ Curatelle ☐ Mesure en cours

Nom et téléphone du mandataire :

.....

.....

SITUATION JUDICAIRE :

☐ Sans objet ☐ Suivi SPIP

☐ Obligation de soins

ACCOMPAGNEMENT PAR UN TRAVAILLEUR SOCIAL : ☐ Oui ☐ Non

Nom et téléphone du travailleur social : .....

OBJECTIFS DE SOINS (QU'ATTENDEZ-VOUS DE CETTE HOSPITALISATION ?)

.....

.....

.....

PERSONNE A PREVENIR

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone : .....

Lien : .....

DOCUMENTS A FOURNIR

- ✓ Copie CNI recto/verso
- ✓ Copie Attestation Sécurité sociale
- ✓ Copie Mutuelle recto/verso