**DEMANDE D'ADMISSION**
**SMR-A/La Transat**
Soins Médicaux et de Réadaptations
*CH VAUCLAIRE – 24700 Montpon Ménèstérol*
☎ 05 53 82 88 40
**A retourner à** : secretariat.ssra@ch-vauclaire.fr
MàJ le 26.01.26

## SITUATION MEDICALE – A REMPLIR PAR LE MEDECIN ADRESSEUR

**IDENTITE DU PATIENT**

Nom : .....

**PRENOM** : .....

Nom d'usage : .....

Date de naissance : .....

**DOCUMENTS A FOURNIR**

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

**MEDECIN TRAITANT**

Nom/Prénom : .....

Lieu d'exercice : .....

Téléphone : .....

**Signature et cachet du médecin :**

**SERVICE ADRESSEUR :** *(si différent du médecin traitant)*

Etablissement : .....

Nom/Prénom :.....

Téléphone : .....

Mail : .....

**HOSPITALISATION EN COURS :** ☐ OUI, depuis le : ……. ☐ NON

**Suit-il un régime alimentaire ?** ☐ OUI ☐ NON

Si oui lequel…….

**CONDUITES ADDICTIVES ACTUELLES ET ANTERIEURES :**

.....

.....

.....

.....

.....

Suivi addictologue actuel ? ☐ OUI ☐ NON

Addictologue référent (Nom/Prénom) : .....

**HOSPITALISATIONS ANTERIEURS EN ADDICTOLOGIE (LIEUX ET DATES) :**

.....

.....

.....

Plus longue période d'abstinence : .....

**ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX:**

.....

.....

.....

.....

.....

**HOSPITALISATION ANTERIEURS EN PSYCHIATRIE, ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES:**

.....

.....

.....

.....

Un médecin psychiatre suit le patient ? ☐ OUI ☐ NON

Psychiatre référent (Nom/Prénom) : .....

**HISTOIRE PERSONNELLE ET FAMILIALE :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**DEVENIR EN SORTIE D'HOSPITALISATION DU SMR-A LA TRANSAT :**

Domicile / Lieu d'hébergement : .....

Suivi addictologique envisagé :

☐ HDJ ☐ CSAPA ☐ Postcure ☐ Communauté thérapeutique

☐ Autres : .....

.....

**DEMANDE D'ADMISSION**
**SMR-A/La Transat**
Soins Médicaux et de Réadaptations
*CH VAUCLAIRE – 24700 Montpon Ménèstérol*
☎ 05 53 82 88 40
**A retourner à** : secretariat.ssra@ch-vauclaire.fr

## SITUATION ADMINISTRATIVE – A REMPLIR PAR LE PATIENT

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

**DOCUMENTS A FOURNIR**
- ✓ Copie CNI recto/verso
- ✓ Copie Attestation Sécurité sociale
- ✓ Copie Mutuelle recto/verso

**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 : .....

**PERSONNE A PREVENIR**

Nom : ..... Prénom : .....
Lien : ..... Téléphone : .....

**DEMANDE D'ADMISSION**
**SMR-A/La Transat**
Soins Médicaux et de Réadaptations
*CH VAUCLAIRE – 24700 Montpon-Ménèstérol*
☎ 05 53 82 88 40
**A retourner à :** secretariat.ssra@ch-vauclaire.fr

## LETTRE DE MOTIVATION OBLIGATOIRE

Vous devez nous expliquer avec sincérité vos objectifs en intégrant le SMR-A La Transat, les raisons qui vous poussent à vouloir décrocher de votre addiction, et également, dans votre lettre de motivation, retracer votre parcours.

**Votre parcours de soins** :

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

**Votre situation actuelle** :

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

**Votre projet de vie et de soins après votre séjour** :

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

**DEMANDE D'ADMISSION**
**SMR-A/La Transat**
Soins Médicaux et de Réadaptations
*CH VAUCLAIRE – 24700 Montpon-Ménèstérol*
05 53 82 88 40
**A retourner à :** secretariat.ssra@ch-vauclaire.fr

## INFORMATIONS IMPORTANTES/Préparation à l'entrée

Est-ce que les professionnels de santé vous ont expliqués que le séjour est d'une durée de 6 semaines ?

☐ Oui ☐ Non

Est-ce que les professionnels de santé vous ont expliqués que durant votre hospitalisation vous pouvez être hébergé en chambre double ?

☐ Oui ☐ Non

Un sevrage a été programmé avant mon admission au SMR-A La Transat ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, où ?.....Dates :……

Je suis motivé(e ) dans ma démarche de soins et prêt à respecter le règlement du SMR-A La Transat :

☐ Oui ☐ Non

Date :

Signature du patient hospitalisé : Signature du représentant légal, le cas échéant tuteur :

**DEMANDE D'ADMISSION**
**SMR-A/La Transat**
Soins Médicaux et de Réadaptations
*CH VAUCLAIRE – 24700 Montpon-Ménèstérol*
☎ 05 53 82 88 40
**A retourner à :** secretariat.ssra@ch-vauclaire.fr

## ATTESTATION D'HEBERGEMENT
**à remplir par la personne qui héberge**

Je soussigné(e), Mr ou Mme .....
Né(e) le .....
Demeurant à.....

Atteste sur l'honneur héberger à mon domicile ci-dessus mentionné :

Mr ou Mme.....

Né(e) le .....

Je m'engage à sa sortie d'hospitalisation à poursuivre cet hébergement.

Date : .....

Signature de l'hébergeur :