DEMANDE D'ADMISSION
HDJ-A L'ENVOL
CH VAUCLAIRE- 17 rue, Louis Blanc- 24000 PERIGUEUX
0553615599
equipehdj@ch-vauclaire.fr

**SITUATION MEDICALE - A REMPLIR PAR LE MEDECIN ADRESSEUR**

MEDECIN TRAITANT
Nom/ Prénom :
Lieu d'exercice :
Téléphone :
Mail :

SERVICE ADRESSEUR :
*( Si différent du médecin traitant)*
Etablissement :
Nom/Prénom :
Téléphone :
Mail :

ANTECEDENTS SOMATIQUES/PSYCHIATRIQUES/ FAMILIAUX

Médicaux :

Chirurgicaux :

Allergies :

Psychiatriques :

Familiaux :

AUTRES PRISES EN SOINS EN COURS

CMP/HDJ PSY :

Médecins spécialistes intervenant actuellement dans la prise en soins :

Soins ambulatoires ou autre suivi spécialisé liés à une autre pathologie :

DEMANDE D'ADMISSION
HDJ-A L'ENVOL
CH VAUCLAIRE- 17 rue, Louis Blanc- 24000 PERIGUEUX
0553615599
equipehdj@ch-vauclaire.fr

**HISTOIRE DE LA MALADIE :**

Début des troubles addictifs:

Consommations actuelles par produit:

Addiction(s) comportementale(s) :

Parcours de soins en addictologie :

Le patient a déjà bénéficié :

□ CSAPA □ Unité de sevrage complexe □ SMRA-A □ HDJ-A

□ Communauté thérapeutique □ Accompagnement ELSA □ Sevrage hospitalier

□ Séjour(s) hospitalier(s), date et lieu de PEC (sur les 2 dernières années)

INDICATIONS HOPITAL DE JOUR L'ENVOL

| | |
|---|---|
| Réalisation d'un sevrage pour un patient souffrant de dépendance sévère et / ou de comorbidités somatiques et/ ou psychiques | |
| Programme de réhabilitation an addictologie | |
| En collaboration avec ELSA, évaluation clinique et propositions thérapeutiques, y compris en cas de rechute | |
| Autre (à détailler) : | |

DEMANDE D'ADMISSION
HDJ-A L'ENVOL
CH VAUCLAIRE- 17 rue, Louis Blanc- 24000 PERIGUEUX
0553615599
equipehdj@ch-vauclaire.fr

**IDENTITE- ETAT CIVIL**

Nom de naissance : Prénom :

Nom usuel :

Date de naissance :
Sexe : □ M □ F
Situation familiale : □ Célibataire □ Marié/ Pacsé
□ Séparé/ Divorcé
Adresse :
……
……

Téléphone :

Mail :

**PRISE EN CHARGE SEJOUR**

Numéro de Sécurité sociale: □ photocopie Attestation Sécurité Sociale

Organisme Caisse : □ photocopie Carte Mutuelle
Mutuelle :

**PERSONNES RESSOURCES :**

Personne(s) à contacter :
□ Conjoint(e) □ Parent/ enfant/ Frère-sœur □ Ami/ autre

Nom/Prénom/ Adresse/Téléphone/Mail

……
……

Mesure de protection : □ OUI □ NON
Nom/Prénom mandataire judiciaire :
Coordonnées :

Médecin traitant :