

# DOSSIER MEDICAL

Nom d'usage et prénom :

Date de naissance :

Conduites addictives :

Motif de la demande actuelle	Alcool	Tabac	Cannabis	Cocaïne	Héroïne	Antalgiques, opiacés
Degré de gravité (léger/modéré /sévère)						
Motif de la demande actuelle	Benzodiazépines, psychotropes		Addictions comportementales			
Degré de gravité (léger/modéré /sévère)						

Antécédents : \*

Médicaux :

Chirurgicaux :

Psychiatriques (dont antécédents suicidaires) :

Addictifs :

**\*Merci de fournir une ordonnance du traitement en cours et le carnet de santé (ou de vaccination)**

*Nom d'usage et prénom :*

ALD :  Oui  Non Si oui, pour quelle(s) maladie(s) ? .....

Poids = Taille = IMC =

Le patient peut-il :

- Marcher sur une distance supérieure à 500m ?  Oui  Non
- Monter un escalier ?  Oui  Non

Son état clinique est-il stable ?

- Physique :
  
- Psychiatrique (dont idées suicidaires) :
  
- Troubles de la personnalité :
  
- Des consultations ou examens complémentaires sont-ils prévus ? Si oui, lesquels ? A quelle date ?

Le patient a-t-il besoin d'un appareillage :  Oui  Non

Si oui, le(s)quel(s) (ex : respiratoire) ? .....

Restriction(s) à l'activité sportive :  Oui  Non

Si oui, le(s)quelle(s) ? .....

Le patient parle et comprend le français :  Oui  Non

Bilan sanguin requis avant l'entrée directe : NFS, Plaquettes, TP, iono + Glycémie + Créatinémie, bilan hépatique, TSH, TG + cholestérol, sérologies hépatiques, syphilis et HIV =

Organisation du sevrage hospitalier préalable au séjour par vous-même ?

Date d'entrée souhaitée\* :

*Date :*

*Nom et signature du praticien adresseur + cachet :*

Coordonnées du médecin traitant (si différentes du médecin adresseur) :

.....

**\* Joindre une lettre de motivation manuscrite par le patient.**

# DOSSIER ADMINISTRATIF DU PATIENT

(À remplir par le patient)

## INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

---

Madame  Monsieur

Nom de naissance\* : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

(\*Fournir une copie de la carte d'identité)

Logement :  Propriétaire  Locataire  Famille\*  Amis\*  Foyer\*

SDF, démarches en cours : .....

(\*Fournir une attestation d'hébergement pour ces 3 situations)

Téléphone : ..... Mail : .....

Profession : .....

Si sans profession :  Chômage  Retraite  Invalidité(e)  AAH  RSA

## PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE BESOIN

---

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec le patient (parent, ami(e), proche, médecin etc...) : .....

Téléphone : .....

## COUVERTURE SOCIALE

---

**Caisse d'assurance maladie (merci de joindre une attestation de droits à jour)**

N° de sécurité sociale : .....

Caisse d'assurance sociale : .....

Etes-vous bénéficiaire :  CMU-C

**Mutuelle (merci de joindre une photocopie recto-verso de votre carte mutuelle)**

Nom de la mutuelle : .....

Demandez-vous une chambre particulière :  OUI  NON (Sous réserve de nos disponibilités et de l'accord de votre mutuelle)

## SERVICE SOCIAL (le cas échéant)

---

Avez-vous une mesure de protection ?  OUI  NON

Si oui, nom du curateur, tuteur ou travailleur social : .....

Adresse : .....

.....

.....

Numéro de téléphone : ..... Numéro de Fax : .....

## SUIVI JUDICIAIRE (le cas échéant)

---

.....

.....

.....

# PERSONNE DE CONFIANCE

Nom d'usage .....

Prénom .....

Loi 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie :

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et co-signée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. »

Personne de confiance :  M.  Mme.....

Tél. : .....Lien de parenté : .....

Je soussigné(e) Nom Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

Accepte de représenter M. ou Mme ..... en tant que personne de confiance.

Date :

Co-Signature :

Le patient :

La personne de confiance :