



DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION

(Toute pièce manquante bloquera l'examen du dossier)
**Les dossiers et pièces complémentaires sont à retourner
au 1, place de l'Eglise 57530 MAIZEROY**

A joindre impérativement :

- 1 bilan biologique (cf. dossier page 4)

*Avis du Médecin du CSSRA pour
l'admission :*

Docteur :

Date :

3) ANTECEDENTS :

- Médicaux :
- Allergies connues, contre indications médicamenteuses :
- Chirurgicaux :
- Gynéco-obstétrique (le cas échéant) :
- Médico-légaux :
- Autres addictions (opiacés, cannabis, psychotropes, tabagisme, addictions comportementales,...) :
- Psychiatriques :
- Troubles neuropsychologiques :
- Familiaux en rapport avec l'addiction :

4) EXAMEN + BILAN CLINIQUES ACTUELS :

- Taille
- Poids
- Examen clinique actuel :

- Le patient est-il appareillé (ex : apnée du sommeil) :
- Modalités du sevrage actuel et incidents éventuels (si sevrage en cours, prière de nous adresser un compte - rendu détaillé pour son admission)
- Bilan biologique complet (Gama GT, VGM., ...), sérologique (hépatites B et C, VIH, ...) et antécédents (BMR, ERG+,...): joindre les derniers bilans, et le dossier transfusionnel le cas échéant
- Vaccination antitétanique, date de la dernière vaccination :
- Examen neurologique (épilepsie et autres manifestations encéphalopathiques ou périphériques) :
- Etat psychopathologique et comportemental actuel :
 - Risque suicidaire :
 - Fonctions locomotrices (autonomie) :

	Indépendance	Supervision	Aide partielle	Aide totale
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement et locomotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination-contenance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Traitement en cours (prière de remettre au patient une ordonnance récente attestant de son traitement habituel, pour son admission) :

- **Traitement de substitution :**

Nom du traitement :

Posologie :

Médecin prescripteur (nom, adresse et n° téléphone) :

Pharmacie (nom, adresse et téléphone) :

- Contre-indications aux activités sportives :
- Régime alimentaire :
- Alimentation (moulinée, mixée, ...) :

5) CLIMAT DES RELATIONS FAMILIALES :

6) COORDINATION ENTRE LE SEVRAGE ET L'ADMISSION en S.S.R.A. :

- Le patient est actuellement suivi par un service d'addictologie :

Nom du médecin :

Tél. :

Adresse :

- Avez-vous prévu un sevrage hospitalier avant l'entrée dans notre établissement :

Oui

non

Dates :

7) DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :

8) NOM, ADRESSE et Tel. Du MEDECIN TRAITANT HABITUEL :

9) EN CAS DE DIFFICULTES, COORDONNEES DU SERVICE HOSPITALIER REPRENEUR :

Date :

Signature et adresse lisible
cachet du médecin