



Centre Gilbert Raby
2 avenue du Maréchal Joffre
78250 MEULAN EN YVELINES
Tel : 01-30-99-96-25 Fax : 01-30-22-08-53
www.elan-retrouve.org

Directeur :
Antonio GARCIA

Médecin chef :
Dr Nadia MAROUZ

Cadres coordonnateurs des soins :
Mme Audrey DUCHATELLE
Tél : 01-30-99-96-55
Mme Marie-Claude ANODEAU
Tél : 01-30-99-96-11

Secrétariat médical
Mme Sylvie GONCALVES
Tél : 01-30-99-96-25 - Fax : 01-30-22-08-53

Service social :
Tél : 01-30-99-96-37 - Fax : 01-30-99-97-20

UNITÉ PSYCHIATRIE HC :

Médecins psychiatres :
Dr Fouzia BOURKI
Dr Foudil HALLOU
Dr Ahmed HIFRI
Dr Nadia MAROUZ

Médecins généralistes :
Dr Benjamin ANDRIANIRINA
Dr Christophe BERNARDINI
Dr Mina LASRI
Dr Jacques MILLE

UNITÉ PSYCHIATRIE - HDJ :

Médecin psychiatre :
Dr Nadia MAROUZ

Médecin généraliste :
Dr Carole MAUGER-BRICHE

UNITÉ SSRA - HC :

Médecin psychiatre :
Dr Akila ZIOUANE

Médecin généraliste :
Dr Carole MAUGER-BRICHE

UNITÉ SSRA - HDJ :

Médecin psychiatre :
Dr Nadia MAROUZ

Médecin généraliste :
Dr Carole MAUGER-BRICHE

Siège social
23, rue de La Rochefoucauld
75009 Paris
Tél. : 01 49 70 88 88
Fax : 01 42 81 11 17
elan@elan-retrouve.asso.fr

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint le dossier de demande d'admission dans notre centre de soins en Addictologie.

Toutes les demandes doivent être faites sur ce support.

Celui-ci est composé :

*- d'une partie médicale qui doit être remplie par le médecin qui adresse le patient
- d'une partie à remplir par le patient lui-même et à retourner avec les éléments suivants :*

- * Une lettre de motivation,*
- * Une photocopie recto-verso de votre pièce d'identité,*
- * Une photocopie de votre attestation de droits à la sécurité sociale,*
- * Une photocopie de votre carte mutuelle recto-verso ou de votre attestation de droits à la CMU si vous en êtes bénéficiaire,*
- * **Lettre d'hébergement de la famille et/ou d'une structure si besoin.***

Dès réception, votre dossier sera examiné par nos médecins. Il est très important que votre dossier soit complet.

En cas de demande simultanée d'un séjour en psychiatrie et d'un séjour en SSR-A, le médecin se réserve le droit d'accorder ou non l'orientation de la demande selon le déroulement du séjour.

Après validation du dossier, le secrétariat vous contactera pour envisager une date d'admission.

Pour toutes demandes d'informations, vous pouvez contacter le secrétariat médical du lundi au vendredi au 01-30-99-96-25.

Nous vous remercions de l'intérêt et de la confiance que vous portez à notre établissement.

Le secrétariat médical

Dossier d'admission à renvoyer soit par

- Courrier à l'attention du secrétariat médical à l'adresse ci-dessus*
- Fax : 01-30-22-08-53*
- Email : secretariat-medical.cgr@elan-retrouve.org*



DEMANDE D'ADMISSION / PARTIE MEDICALE

En Psychiatrie Hospitalisation Complète HDJ

En SSR-A Hospitalisation Complète HDJ

Nom du patient : M., Mme, Mlle : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Renseignements administratifs du prescripteur :

Nom du médecin : Spécialité :

Etablissement :

Adresse :

Code postal : VILLE : Téléphone :

Patient venant du domicile : oui non

Si non patient hospitalisé depuis le :

SITUATION ADDICTOLOGIQUE

	Consommation Actuelle	ATCD	Commentaires
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opiacés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Addictions sans substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Projet du patient à la sortie de l'établissement :

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

Capacité de retour à son lieu de résidence habituel possible : oui non



ANTECEDENTS

Médicaux :

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

Chirurgicaux :

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

Psychiatriques :

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

Tentatives de suicide : oui non

Si oui (dates, modalités, hospitalisations) :

Antécédents de comportement violent : oui non

Addictologiques (histoire des consommations, séjours antérieurs....) :

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

Allergies :

.....
.....

ETAT ACTUEL DU MALADE

Somatique :

Poids :

Taille :

Autonomie :

.....
.....

Bilan biologique :

NFS / Plaquettes :

Phosphatases alcalines :

Ionogramme :

Urée / Créatinine :

ASAT, ALAT, GGT :

TP / Glycémie :

Bilirubine totale :

Psychiatrique :

Idées suicidaires : oui non

.....
.....

Traitement en cours :

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

Tampon, date et signature du Médecin



RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX

Nom du patient : M., Mme, Mlle : Prénom :
Nom de jeune fille :
Date de naissance : Ville de naissance :
Nationalité :

Logement (joindre attestation en cas d'hébergement et/ou une lettre de reprise de la structure)

Propriétaire Locataire Foyer SDF
Hébergé(e) chez.....
Adresse :
CP : Ville :
Téléphone :

Capacité de retour à son lieu de résidence habituel possible : oui non

Situation familiale

Marié(e) Pacsé(e) Célibataire Vie en couple Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)
Nombre d'enfants :

Situation professionnelle

Emploi Retraité(e) Sans activité
Arrêt de travail depuis.....
Longue maladie depuis
Invalidité depuis

Ressources

Salaire Indemnités journalières Pôle Emploi AAH
Retraite RSA Autres

Mesure de protection

Tutelle Curatelle Mesure en cours
Nom du tuteur ou curateur : Téléphone :

Situation judiciaire

Sans objet
Obligation de soins : oui non
Suivi SPIP : oui non

Service social qui suit le patient

Nom du travailleur social.....
Téléphone :

Projet social et démarches en cours

.....
.....

Personne à prévenir en cas de besoin : Nom et prénom :

Adresse :
Code postal Ville :
Téléphone : Lien de parenté :

Personne de confiance : Nom et prénom :

Adresse :
Code postal Ville :
Téléphone : Lien de parenté :