



Centre Hospitalier  
Public d'Hauteville  
B.P. 41  
01110 HAUTEVILLE-LOMPNES

# **DOSSIER DE PRE-ADMISSION**

## **Unité Espérance**

## **Cure d'Alcoologie**

**Contact : Cadre de santé**

**Téléphone 04 74 40 82 50**

**Télécopie 04 74 40 81 77**

**Une date d'entrée sera fixée après :**

- **appel du patient pour son inscription**
- **réception du dossier de pré admission**

Vous en souhaitant bonne réception, nous vous remercions de votre confiance

**NOM :**

**PRENOM :**

**SEJOUR ANTERIEUR :**     NON     OUI    Date :

**PROVENANCE DU PATIENT :**

**Domicile**

Nom du Médecin prescripteur :

Demande de prise en charge faite :  OUI     NON

**Etablissement de soins**

Nom de l'établissement :

Service :

Nom du responsable de service :

Téléphone :

Nom de l'Assistante Sociale :

Téléphone :

<b><u>RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS</u></b>
---

NOM :

NOM J.FILLE :

PRENOM :

Sexe :  M     F

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Situation de famille :     Célibataire                       Marié(e)                       Union libre  
    Veuf (ve)                       Divorcé(e)

Nombre d'enfants :

Adresse personnelle :

Téléphone (patient) :

**Médecin Traitant**

Nom :

Téléphone :

Adresse :

- **N° ADELI :**

NOM :

PRENOM :

**Personnes à prévenir**

	1 <sup>ère</sup> PERSONNE	2 <sup>ème</sup> PERSONNE
<b><u>Nom - Prénom</u></b>		
<b><u>En qualité de</u></b>		
<b><u>Adresse</u></b>		
<b><u>Téléphone domicile</u></b>		
<b><u>Téléphone Lieu de travail</u></b>		

**Organismes de prise en charge**

Sécurité Sociale :  OUI  NON  
E 112 :  OUI  NON  
Mutuelle ou C.M.U.  OUI  NON  
Assurance privée :  OUI  NON  
Payant :  OUI  NON

**La personne est-elle informée du séjour envisagé ?**

OUI  NON  
En cas d'incapacité physique ou mentale, qui est informé ?  
Est-elle consentante ?  OUI  NON

**Protection juridique :**

OUI  NON  EN COURS  
 TUTELLE  CURATELLE

**Situation professionnelle :**

Actif  A.A.H.  
 Assedic  R.M.I.  
 Invalidité  Retraite  
 Autres A préciser : .....

NOM :

PRENOM :

**DEVENIR DU PATIENT A L'ISSUE DU SEJOUR  
ET DEMARCHES ENGAGEES**

**(A remplir impérativement)**

**Avez-vous un domicile fixe ?**     OUI     NON

**Si OUI :**

Foyer :

Adresse : .....

..... ☎ : .....

Logement dans la famille ou chez des amis

Logement personnel

Autres

A préciser : .....

***L'établissement ne pourra régler les problèmes d'hébergement ainsi que les problèmes sociaux pendant les 28 jours d'hospitalisation.***

**Si NON :**

Quelles sont les démarches engagées ? .....

.....

.....

Avec quelle personne ou quel organisme ? .....

.....

..... ☎ : .....

Avez-vous des problèmes sociaux ? Lesquels ? .....

.....

.....

Aurez-vous besoin de l'aide d'une Assistante Sociale pendant le séjour ?

OUI     NON

Si oui, pourquoi ? .....

NOM :

PRENOM :

**PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN**

**Antécédents médicaux :**

**Hépatite B :**                       OUI                       NON

**Hépatite C :**                       OUI                       NON

**Transfusions :**                       OUI                       NON

**Allergie(s) :**                       OUI                       NON

Si oui, lesquelles ? .....

**Régime particulier :** .....

**Cures précédentes :**                       OUI                       NON                      Nombre : .....

**Toxicomanie :**                       OUI                       NON

Si arrêt, depuis quelle date ? .....

Traitement de substitution                       Subutex                       Méthadone  
Posologie : .....

Traitement psychotrope                       OUI  
Lesquels : .....

.....  
.....

**Traitement actuel :**

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

**Antécédents psychiatriques :**                       OUI                       NON

- Phobie                       OUI                       NON

- Dépression                       OUI                       NON

**NOM :**

**PRENOM :**

- |            |                              |                              |
|------------|------------------------------|------------------------------|
| - Psychose | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Anxiété  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - T.S.     | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Nombre : .....

**Déficience intellectuelle :**

- |                                   |                              |                              |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Acquise                         | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Congénitale                     | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Niveau de compréhension : ..... |                              |                              |

**Evènements marquants de l'enfance :**

**La personne est-elle suivie régulièrement par :**

- |               |                              |                              |
|---------------|------------------------------|------------------------------|
| - Psychiatre  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Psychologue | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - C.C.A.A.    | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - C.M.P.      | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

**Renseignements complémentaires et motivation du patient :**

Date : .....  
Cachet et Signature du  
médecin

**Merci de joindre les comptes rendus des différents examens médicaux et hospitalisations datant de moins de 6 mois**