

# Hôpital de Jour d'Addictologie

## Fiche de liaison pour l'admission d'un patient

Date de la demande : .... / .... / ....

Nom de naissance (*patronyme*) :

Nom d'usage (*nom marital*) :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :  F  M

Adresse :

N° Téléphone :

MEDECIN DEMANDEUR :

Coordonnées :

MEDECIN TRAITANT :

Coordonnées :

### MOTIF DE LA DEMANDE (*Addictions à prendre en charge, projet de la personne*)

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

### ANAMNESE (*Histoire de la maladie, parcours de soins, période d'abstinence*)

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

### SITUATION CLINIQUE ACTUELLE

▪ COMPLICATIONS HEPATO-DIGESTIVES  non  non explorées  oui (*Précisez*)

▪ COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES  non  non explorées  oui (*Précisez*)

▪ TROUBLES COGNITIFS  non  non explorés  oui (*Précisez*)

## AUTRES ANTECEDENTS

▪ MEDICAUX/CHIRURGICAUX

.....

.....

▪ PSYCHIATRIQUES

.....

.....

▪ ALLERGIES / INTOLERANCES MEDICAMENTEUSES

.....

▪ TRAITEMENT (L'Hôpital de Jour d'Addictologie n'assure pas le renouvellement des prescriptions médicamenteuses)

Si le patient n'a pas de traitement médicamenteux en cours, merci de cocher

Le médecin (ou la structure) qui adresse le patient à l'Hôpital de Jour s'engage à poursuivre les prescriptions médicamenteuses du patient pendant la prise en charge parallèle par l'Hôpital de Jour oui non

Le médecin (ou la structure) qui adresse le patient à l'Hôpital de Jour s'engage à organiser les prescriptions médicamenteuses du patient pendant la prise en charge parallèle par l'Hôpital de Jour :

- oui, les prescriptions seront assurées par .....
- non

## SITUATION SOCIALE

SITUATION FAMILIALE .....

LOGEMENT .....

SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE .....

RESSOURCES FINANCIERES .....

MESURE DE PROTECTION (Précisez)  Néant  Tutelle  Curatelle  Autres

COUVERTURE SOCIALE :  Non  Oui, joindre attestation si possible

MUTUELLE :  Non  Oui, joindre attestation si possible

CMUC  Non  Oui

ALD\*  Non  Oui, pour quelle affection .....

(\*L'ALD sera demandée pour permettre un retour sécurisé au domicile en cas de détection de consommation de produit sur l'unité)

PERMIS DE CONDUIRE  Valide  Non Valide  Jamais obtenu

MOYEN DE LOCOMOTION  Non  Oui

OBLIGATION DE SOINS DANS LE CADRE D'UN SUIVI SPIP  Non  Oui

## JOINDRE

- ✓ LES ORDONNANCES EN COURS
- ✓ BILANS SANGUINS
- ✓ COMPTE-RENDUS MEDICAUX
- ✓ EXAMENS COMPLEMENTAIRES
- ✓ UNE LETTRE DE MOTIVATION DU PATIENT

Avis de la Commission  
(Case réservée)

Tampon et signature du médecin demandeur