



DEMANDE D'ADMISSION

PC MEDICA-26-EN

VERSION Mai 2017

Page 1/2

À COMPLÉTER PAR LE PATIENT ET À JOINDRE AUX RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFSM^{me} M^{elle} M. Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Né(e) le :

À Nationalité :

Adresse :

CP Ville

Tél : Portable :

Adresse e-mail :

Situation familiale

Célibataire – Marié(e) – Séparé - Divorcé(e)– Veuf(ve) – Concubinage – PACS Nombre d'enfants :

Situation professionnelleProfession : En activité : OUI NON **MÉDECIN TRAITANT (RÉFÉRENT)**

NOM – Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

N° de fax :

MÉDECIN PSYCHIATRE, ADDICTOLOGUE OU AUTRE

NOM – Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

N° de fax :

COUVERTURE SOCIALE (Joindre les photocopies des attestations Sécurité Sociale et Mutuelle recto/verso à jour des droits)**Sécurité Sociale**

Nom de l'assuré :

N° d'immatriculation:

Adresse de la Caisse Régime obligatoire:

Mutuelle Complémentaire

N° Adhérent :

Nom de l'organisme complémentaire :

Adresse:

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom – Prénom : Tél. :

Adresse :

Lien de parenté ou autre :

PRÉCISIONS ÉVENTUELLES

.....

.....

.....

.....



DEMANDE D'ADMISSION

PC MEDICA-26-EN
VERSION Mai 2017

Page 2/2

Renseignements sur la demande d'admission au Centre ALPHA (pour avis de la Commission d'Admission)

- Est-ce votre premier contact avec le Centre ALPHA ? OUI NON
- Si **NON** : ⇒ date du 1er contact : ⇒ date du séjour antérieur :
- Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour dépression, tentative de suicide, toxicomanie ? OUI NON
- Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour des sevrages, cures et postcures ? OUI NON
- Si **OUI**, précisez ⇒ dates, durée, lieux, établissements (*joindre les copies des comptes rendus des 2 dernières années*) :
-
-
-
- **Consommez-vous de la drogue ?** OUI / NON
- Si **OUI**, quel produit ? cannabis héroïne cocaïne ecstasy
- autre précisez.....
- **Qu'est-ce qui motive votre demande ?**
-
-
-
- **Qu'attendez-vous de votre séjour au Centre ALPHA ?**
-
-
-
- **Avez-vous un appareillage spécifique** (ex : oxygénothérapie, machine à pression positive ...) ?
- Si **OUI**, lequel :
- **Renseignements complémentaires :**
-
-
-
- **Particularités alimentaires**
- Avez-vous un régime médical ? OUI NON
- Si **OUI**, lequel ? diabétique hypocalorique hyposodé hypolipidique autre :
- Avez-vous une allergie alimentaire ? OUI NON
- Si **OUI**, laquelle ? précisez :

- ✓ Je déclare être **volontaire** pour suivre un séjour de **6 semaines**, respecter le **CONTRAT MORAL** et participer à toutes les activités au Centre Alcoologique ALPHA.
- ✓ J'ai pris connaissance de la **Prise en Charge Médico Psychothérapeutique** de l'établissement.
- ✓ Je m'engage à respecter le **Règlement Intérieur Communautaire de l'établissement**.

Fait à le/...../.....

Lu et approuvé / Bon pour accord

Signature du patient

Cet exemplaire est à retourner au Centre ALPHA