



## DEMANDE D'ADMISSION

PC MEDICA-26-EN

VERSION Janvier 2018

Page 1/3

À COMPLÉTER PAR LE PATIENT ET À JOINDRE AUX RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**M<sup>me</sup> M<sup>elle</sup> M. Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Né(e) le : .....

À ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

CP ..... Ville .....

Tél : ..... Portable : .....

Adresse e-mail : .....

**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:

**PHARMACIE HABITUELLE**

Nom: ..... Tél. : .....

Adresse : .....

Ticket modérateur pris en charge :  OUI  NON (règlement par le patient)Forfait journalier pris en charge :  OUI  NON (règlement par le patient)**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 Janvier 2018

Page 2/3

**INFORMATIONS SOCIALES****Situation familiale**

Célibataire  Marié(e)  PACS  Concubinage  Veuf(ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Procédure en cours

En cas de divorce prononcé, précisez la date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre d'enfants : \_\_\_\_ dont à charge : \_\_\_\_

Age(s) : \_\_\_\_\_

Situation à l'égard des enfants :  droit de garde  droit de visite  aucun droit  autre (précisez) : \_\_\_\_\_

La garde des enfants est-elle organisée durant la durée des soins ?  OUI  NON

Précisez si les enfants bénéficient d'une mesure éducative :

Famille d'accueil  établissement spécialisé  AEMO  autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**Situation sociale**

Avez-vous un travailleur social référent ou bénéficiez-vous d'un suivi social actuellement :  OUI  NON

Coordonnées des intervenants sociaux :

Nom structure/référent : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

**Logement**

Locataire  propriétaire  SDF  hébergé (précisez le type de structure :  CHRS  collectif  parents  entourage)

Si vous avez des problèmes de logement, qu'avez-vous prévu pour vous reloger après la fin du séjour ? \_\_\_\_\_

**Situation professionnelle**

Profession : \_\_\_\_\_  en activité  chômage  invalidité  retraite  autre (précisez) \_\_\_\_\_

**Situation financière**

salaire  pension d'invalidité catégorie \_\_\_\_  indemnités journalières  allocation adulte handicapé  RSA

pension de retraite  autre (précisez) .....

Mesure de protection vous concernant  OUI  NON

Si OUI,  tutelle  curatelle  sauvegarde de justice  en cours

Coordonnées de l'organisme ou de la personne mandatée pour assurer cette mesure :

NOM : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse :

Mail :

Suivi social  OUI  NON

SI OUI, coordonnées de la personne ou du service en charge du suivi social

NOM : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse :

Mail :

 <b>ALPHA</b> Centre Alcoologique	<b>ENREGISTREMENT</b>	REFERENCE
	<b>DEMANDE D'ADMISSION</b>	
	<b>PC MEDICA-26-EN</b> VERSION Janvier 2018	
		Page 3/3

**Bénéficiez-vous d'une mesure liée aux soins (suivi, injonction)**     OUI    NON

Si oui laquelle \_\_\_\_\_

**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 **MEDICAL** ?    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**