

	ENREGISTREMENT	REFERENCE
	DEMANDE D'ADMISSION	PC MEDICA-26-EN VERSION Janvier 2020
		Page 1/3

À COMPLÉTER PAR LE PATIENT ET À JOINDRE AUX RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

M^{me} M^{lle} 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

.....

	ENREGISTREMENT	REFERENCE
	DEMANDE D'ADMISSION	PC MEDICA-26-EN VERSION Janvier 2020
		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 :

	ENREGISTREMENT	REFERENCE
	DEMANDE D'ADMISSION	
	PC MEDICA-26-EN VERSION Janvier 2020	
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** et **participer à toutes les activités** au Centre Alcoolique ALPHA.
- ✓ J'ai **pris connaissance** du **Contrat de soins et du règlement intérieur** de l'établissement.
- ✓ Je **m'engage à respecter** le **Contrat de soins et le règlement intérieur** de l'établissement..

Fait à le/...../.....

Lu et approuvé / Bon pour accord

Signature du patient

Cet exemplaire est à retourner au Centre ALPHA

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au Directeur du Centre ALPHA.