

## DEMANDE D'ADMISSION HOPITAL DE JOUR

Nom : ..... Prénom : .....  
Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Mail : .....  
Poids : ..... Taille : ..... Sexe : Homme / Femme / Non généré

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DU PRESCRIPTEUR

Nom du médecin : ..... Spécialité : .....  
Etablissement : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Mail : .....

### MOTIFS DE LA DEMANDE

Nous vous proposons de participer à l'élaboration du projet thérapeutique individualisé de votre patient. Merci, dans cette perspective, de renseigner le questionnaire ci-dessous.

#### 1. Dépendances

Alcool     Tabac     Cannabis     Médicaments     Opiacés     Autres dépendances

Traitement de substitution ?  Oui     Non

Si oui, lesquels : .....

#### 2. Comorbidité et/ou Complications

- Troubles psychiatriques : Lesquels .....
- Maladies somatiques: Lesquels .....
- Problèmes sociaux : Lesquels:.....
- Suivi judiciaire : Lequel .....
- Tentative(s) de suicide (dates, circonstances) : .....

### 3. Attentes du patient

- Appropriation de l'abstinence et prévention des rechutes
- Diminution des risques liés à la consommation
- Favoriser la réadaptation psychosociale

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

### ANTECEDENTS ADDICTOLOGIQUES

- Sevrage(s)** : ..... **Date** : .....
- Cure(s)** : ..... **Date** : .....
- Postcure(s)** : ..... **Date** : .....
- Complication(s) de sevrage** :  **Oui**    **Non**

Si oui, lesquelles : .....

### ETAT CLINIQUE ACTUEL

**ADDICTOLOGIQUE**

.....

**SOMATIQUE**

.....

**PSYCHIATRIQUE**

.....

**Aptitude à pratiquer une activité sportive** :  **OUI**    **NON**

### TRAITEMENTS EN COURS

.....

.....

.....

**NB : Joindre le courrier d'adressage, la copie du traitement en cours et des résultats des bilans et ECG récemment réalisés**

Date :

SIGNATURE et TAMPON du médecin

Document à compléter et à envoyer : Par fax : 01 34 84 68 44 ou Par mail : [hdj-ide@ramsaysante.fr](mailto:hdj-ide@ramsaysante.fr)  
Pour nous contacter : Service Admission : 01 30 46 68 80 – Bureau Infirmier HDJ : 01 30 46 68 52