



Hôpital de jour adulte d'Addictologie

Dossier de demande d'admission

Demande à remplir par votre médecin ou référent addictologue et à adresser par email à : secretariat-1.hopital-bouscat@lifen.mssante.fr (email sécurisé uniquement)

Pour tous renseignements complémentaires vous pouvez contacter le secrétariat de l'hôpital de jour par téléphone : 05 56 42 79 41 ou par mail : secretariat2@hopitaldubouscat.com

Date de la demande :

Structure ou professionnel à l'origine de la demande d'admission :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Courriel :

1. Informations administratives patient :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse domicile :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Traitement en cours : (merci de joindre la dernière ordonnance)

Le patient devra venir à l'hôpital de jour avec son traitement.

Prise en charge actuelle :

Médecin traitant :

Addictologue :

Psychiatre :

Autres :

3.Contexte de la demande addictologique actuelle :

Objectifs de la demande :

Le patient est-il sous une obligation/injonction de soins ? Oui Non

Consommation(s) :

	Date 1 ^{ère} consommation	Date perte de contrôle	Tentatives de modulation (si oui précisez)	Arrêt (si oui date)	Consommation actuelle (quantité)
Alcool					
Tabac					
Cannabis					
Cocaïne					
Opiacés					
Autres substances					
Addictions comportementales					

Souhait orientation spécifique *Atelier femmes* : oui non

Si oui, précisez : (projet professionnel, projet de grossesse, grossesse en cours, prévention...)

Points d'attention

La prise en charge en hôpital de jour en addictologie vient en **complément du suivi médical assuré par le médecin traitant et/ou le suivi par l'addictologue référent du patient**. La gestion du traitement médicamenteux reste sous la responsabilité de son médecin prescripteur habituel.

Aucune prescription (y compris le transport) ne sera réalisée en hôpital de jour.

L'admission est confirmée après un entretien individuel de préadmission avec l'équipe.

Signature et Cachet :

Document remis à l'accueil, à ramener signé par le patient et la personne de confiance

NOM PRENOM :

NOM DE NAISSANCE :

Date de naissance :

Désignation de la personne de confiance Oui Non

Je soussigné(e) nom, prénoms, date de naissance :

nomme la personne de confiance suivante :

Nom, prénoms, date de naissance :

Lien avec le patient :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : Oui Non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : Oui Non

J'ai bien noté que M., Mme, ou Mlle.....

- Pourra, à ma demande, m'accompagner dans les démarches concernant mes soins et assister aux entretiens médicaux
- Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins qui me sont prodigués et devra recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, aucune intervention importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin
- Pourra m'aider à la connaissance et à la compréhension de mes droits si je rencontre des difficultés.
- Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.
- Elle a été informé par mes soins de cette désignation et je me suis assuré(e) de son accord.

Fait à :

Le : Signature du patient

Signature de la personne de confiance

Directives anticipées :

Avez-vous des directives anticipées : Oui Non

Si oui, oui on peut les trouver ?

Si non, souhaitez vous que l'on vous aide à en rédiger ? Oui Non

Signature patient