



SERVICE
MÉDECINE ALCOOLOGIE
ADDICTOLOGIE

Chef de Service

Docteur Vangelis ANASTASSIOU
v.anastassiou@ch4v.fr

Service d'hospitalisation

Docteur Stéphanie BOICHOT-GEIGER
s.geiger@ch4v.fr

Cadre de santé

Béatrice DELAHAYE
b.delahaye@ch4v.fr

Praticiens Hospitaliers

Dr S. BOICHOT-GEIGER
Dr Cécile PREVOST
Dr Sophie RICHEZ
Dr Josef ZEIDAN

Praticien Attaché

Dr S.ATROUN
Dr M ; HONARYAR

Assistante sociale :

Annabelle NOURTIER
Tél. : 01 77 70 79 44

Psychologues

Anne SIEGSMUND

Secrétariat

Emilie MARTIN
e.martin@ch4v.fr
Tél : 01 77 70 79 57
Fax : 01 77 70 79 35

Audrey FANKAM

a.fankam@ch4v.fr
Tél. : 01 77 70 79 36
Fax : 01 77 70 79 35

Secrétariat Réseau

secretariat.alcoologie-addictologie@ch4v.fr
Stéphanie GETER
s.geter@ch4v.fr
Tél : 01 77 70 79 50
Fax : 01 77 70 79 65

ELSA

Docteur Samir ATROUN

Psychologue

Michael VILLAMAUX

CONSULTATION FAMILIALE

Psychologues

Elise DIAMANT BERGER
Caroline DAUDIGEOS
Michael VILLAMAUX
Thérèse ROSSI

C.S.A.P.A.

Secrétariat Boulogne

Youssra BOUFOUSS
y.boufouss@ch4v.fr
Tél : 01 77 70 75 87
Fax : 01 46 05 36 04

HOPITAL DE JOUR

Secrétariat

Hélène NARWA
h.narwa@ch4v.fr

Dossier de pré-admission

Médecin adresseur :

NOM : _____ Fonction : _____
N° Tel : _____

Hôpital : _____
Service : _____

I. Identité du patient

NOM du patient : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ / _____ / _____
Adresse : _____

Sexe : _____ Nationalité : _____
N° de téléphone : _____
N° personne de confiance : _____

MODE DE VIE

- Situation familiale :
 - Marié(e)
 - Concubinage
 - Séparé(e)/divorcé(e)
 - Seul(e)
 - Veuf/veuve
 - Enfants : non oui nombre : _____
- Situation professionnelle :
 - En activité profession : _____
 - Chômage
 - Autre : _____
- Antécédents judiciaires liés à la consommation de produits : Non Oui
 - le(s)quel(s) et contexte(s) : _____
 - suivi judiciaire : non oui lequel : _____
- Mesure de protection juridique :
 - Aucune
 - Curatelle simple
 - Curatelle renforcée
 - Représentant légal
 - Sauvegarde de justice
 - Nom et coordonnées du représentant/curateur : _____
- Présence d'un handicap physique : Non Oui lequel : _____
- Hébergement à la sortie d'hospitalisation
 - Logement personnel
 - Foyer
 - Hôtel
 - Sans logement
 - Hébergé(e) par un proche Lequel : _____



- Autre :
- Renseignements administratifs
 - N° de sécurité sociale :
 - Coordonnées de la mutuelle :

N°d'adhérent :

Merci de joindre au dossier la copie (à jour) :

- *Attestation de sécurité sociale*
- *Attestation carte de mutuelle*
- *Ou attestation CMU/ CMU-C*

II. Sur le plan médical

ANTECEDENTS GENERAUX

- ANTECEDENTS Médico-Chirurgicaux
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -
- ANTECEDENTS Familiaux (y compris alcoolodépendance)
 -
 -
 -
 -
 -
- ALLERGIE(S)
 -
 -

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

- Hospitalisations antérieures (motifs, lieux,...)
 -
 -
 -
 -
- Tentative(s) de suicide (date et circonstances)
 -
 -
- Troubles du comportement (violence, agressivité,...(sous/sans alcool, à préciser))
 -
 -
- Suivi(s) psychiatrique(s) passé(e) et actuel
 -



-
- Suivi(s) psychologique(s) passé(s) et actuel
-
-

ANTECEDENTS ADDICTOLOGIQUES

- Alcool
 - Début des consommations et contexte

 - Antécédents de prises en charge (date de la 1^{ère} hospitalisation, nombre et dates des hospitalisations en cure et post cure,...)
 -
 -
 -
 - Complications de sevrage :
 - Crises convulsives
 - DT
 - Autres le(s)quelle(s) :
 - Complications somatiques liées au produit :
 -
 -
 -
 - Consommation déclarée en alcool (CDA actuelle) et type d'alcool consommé :
 - CDA =
 - Type d'alcool :
- Consommations associées
 - Produits consommés (quantités)
 - Tabac quantité : ; date de sevrage :
 - Cannabis quantité : ; date de sevrage :
 - Opiacés quantité : ; date de sevrage :
 - Cocaïne quantité : ; date de sevrage :
 - Autres :
 - Antécédents de prises en charge
 -
 -
 -



TRAITEMENT EN COURS

-
-
-
-
-

III. *Projet d'hospitalisation à Sèvres dans le service de Médecine-Addictologie*

Demande de Chambre seule : (supplément de 89euros/jour) : oui - non

Objectifs de l'hospitalisation :

- Pour le patient :
- Pour le médecin :

Evaluation de la motivation du patient ou lettre de motivation du patient :

Programme thérapeutique à présences obligatoires :

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que le séjour hospitalier dans notre unité comporte des présences obligatoires aux réunions et ateliers thérapeutiques qui sont prévus chaque jour tout au long de votre hospitalisation. Un lieu est dédié aux fumeurs dans le jardin de l'hôpital ouvert de 7h à 20h.

Sauf accord médical spécifique du médecin d'hospitalisation, tout manquement à ce programme thérapeutique sera susceptible d'entraîner une exclusion définitive du service.

Un lieu est dédié aux fumeurs dans le jardin de l'hôpital ouvert de 7h à 20h.

Je soussigné(e), Madame/Monsieur _____, m'engage à assister à tous les ateliers et toutes les réunions du programme thérapeutique tel qu'il est défini dans le service d'addictologie du Centre Hospitalier de Sèvres.

J'ai bien conscience que mon séjour pourra être interrompu si je ne poursuis pas ce programme thérapeutique.

Fait à _____, le / /

Signature du patient :



Signature du médecin adresseur :

Projets et suivi(s) post hospitalisation :

Date et signature :

Dossier à envoyer **par fax** (y compris pour les **attestations de sécurité sociale/mutuelle/CMU**)
au :

- Centre Hospitalier des Quatre Villes
- Service de Médecine Addictologie
- **Fax : 01.77.70.79.35**

**ATTENTION SI LE DOSSIER DE PRE-ADMISSION NE CONTIENT PAS LES
ATTESTATIONS DE SECURITE SOCIALE/MUTUELLE /CMU, ET JUSTIFICATIF DE
DOMICILE, LE DOSSIER NE PEUT ETRE VALIDE.**

NB : Tout retard le jour de l'admission peut entraîner un refus d'hospitalisation.