



**Centre de Prévention,
de Diagnostic,
d'Orientation et de
Soins en Alcoologie-
Addictologie**

Chef de Service

Docteur Vangelis ANASTASSIOU

Secrétariat

Léonie ILPHONSE

l.ilphonse@ch4v.fr

Chrystal MANTION

c.mantion@ch4v.fr

Tél : 01.77.70.79.36

Fax : 01.77.70.79.35

Cadre de Santé

Sophie LABAL

01.77.70.76.52

Hospitalisation de Sevrages

Complexes

Docteur Cécile PREVOST

Praticiens Hospitaliers

Docteur Samir ATROUN

Docteur Fabrice SADAY

Docteur Joseph ZEIDAN

Praticiens Attachés

Docteur Masihullah RADMANISH

Docteur Imran SIDDIQ

Docteur Parwiz SAFI

Assistante sociale

Annabelle NOURTIER

SSR-Addictologique

Docteur Justine DIEHL

Assistante Sociale

Mélanie DUPIRE

Psycho-socio-esthétique

Séverine SLAGMULDER

Hôpital de jour Addictologique :

Docteur Nicolas THIERCELIN

Secrétariat

Hélène NARWA

h.narwa@ch4v.fr

Tél : 01.77.70.79.52

Psychologues

Paula PEREZ BURGOS

Neuropsychologues

Oleg BYKHOVSKIY

Chloé GARNOT

TCC

Yasmina FREM

Consultations Familiales

Elise DIAMANT BERGER

Caroline DAUDIGEOS

ELSA

Docteur THIERCELIN

Julie MARTY IDE



Centre Dr HAAS

Dossier de pré-admission

ATTENTION LE DOSSIER DE PRE-ADMISSION NE PEUT ETRE VALIDÉ QUE S'IL CONTIENT :

- L'ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE**

- LA COPIE DE LA CARTE MUTUELLE OU
ATTESTATION CSS**

- JUSTIFICATIF DE DOMICILE DATANT DE
MOINS DE 3 MOIS**

- OU**
- ATTESTATION D'HEBERGEMENT (AVEC
UNE REPRISE D'HEBERGEMENT A LA
SORTIE D'HOSPITALISATION)**

- ATTESTATION DE VACCINATION COVID
19 (SI VACCINATION)**

Dossier de pré-admission

Médecin adresseur :

NOM : _____ Fonction : _____ Hôpital :

N° Tel : _____ 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 :

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 :

Projets et suivi(s) post hospitalisation :

Date, signature et cachet du médecin adresseur :

Dossier à envoyer **par voie postale** :

- Centre Hospitalier des Quatre Villes
Service de Médecine Addictologie
141 Grande Rue
92310 Sèvres

Ou **par fax** (y compris pour les **attestations de sécurité sociale/mutuelle/CSS**) au :

- **Fax : 01.77.70.79.35**

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS VALIDÉ

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