



**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](mailto:l.ilphonse@ch4v.fr)

Chrystal MANTION

[c.mantion@ch4v.fr](mailto: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](mailto: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<sup>ère</sup> 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.