



**Centre de Prévention,
de Diagnostic,
D'orientation et de
Soins en Alcoologie-
Addictologie**

Chef de Service pôle addictologie
Docteur Nicolas THIERCELIN
01 77 70 79 50

Cadre du pôle MUA
Mme Stéphanie PRAET
01 77 70 76 39
s.praet@ch4v.fr

Cadre de Santé
Médecine SSR addictologie
Mme Capucine BOISTEL
01.77.70.79.32
c.boistel@ch4v.fr

Cadre de santé
HDJ ELSA CSAPA
Mme Michèle THONIER
01 77 70 78 33 ou 75 85
m.thonier@ch4v.fr

**Secrétariats médecine
addictologie**
Ladissa NDJITOBÉ
Tél : 01.77.70.79.57
Fax : 01.77.70.79.35
sec.medaddicto@ch4v.fr
Hoda BARIHI
Tél : 01 77 70 79 36
Fax : 01 77 70 79 35
Sec.medaddicto@ch4v.fr

**Secrétariats HDJ/SSR
addictologie**
Camille TALCONE
Tél : 01 77 70 79 52
Fax : 01 77 70 79 49
Hdj.addicto@ch4v.fr
Sec.ssraddicto@ch4v.fr

**Hospitalisation de Sevrages
Complexes**

Praticiens Hospitaliers
Médecins addictologues
Docteur Samir ATROUN
Docteur Fabrice SADAY
Docteur Joseph ZEIDAN

Praticiens Attachés
Docteur Imran SIDDIQ
Assistante sociale
Médecine addictologie
Mélanie DUPIRE
01 77 70 79 44
m.dupire@ch4v.fr

SSR-Addictologique
Psychiatre addictologue
Docteur Camille VINCKIER
Docteur Aurélie DOUALLE

Assistante Sociale
SSR addictologie / CSAPA AFT
Sabrina DERMEL
01 77 70 79 76
s.dermel@ch4v.fr

Hôpital de jour Addictologie :
Docteur Nicolas THIERCELIN

Psychologues
Paula PEREZ BURGOS
Emma CHOUITER

Neuropsychologues
Oleg BYKHOVSKIY
Chloé GARNOT

Psychologues Consultations
Familiales
Elise DIAMANT BERGER
Caroline DAUDIGEOS_

**ELSA Equipe de Liaison et de
Soins en Addictologie**
Docteur THIERCELIN
Julie MARTY IDE
Tél : 01 77 70 79 63

DOSSIER DE PRE-ADMISSION MEDECINE ADDICTOLOGIQUE

Dossier à envoyer par mail à : sec.medaddicto@ch4v.fr

Nom : _____ prénom : _____
sexe : _____
Date de naissance : _____
Chambre individuelle : _____
Chambre double : _____
Médecin adresseur : _____

LE DOSSIER DE PRE-ADMISSION N'EST VALIDÉ QUE S'IL CONTIENT :

- ✚ L'ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE
- ✚ LA COPIE DE LA CARTE MUTUELLE OU ATTESTATION CSS
- ✚ JUSTIFICATIF DE DOMICILE DATANT DEMOINS DE 3 MOIS
OU
- ✚ ATTESTATION D'HEBERGEMENT avec reprise en hébergement à la sortie d'hospitalisation
- ✚ ATTESTATION DE VACCINATION COVID19 (SI VACCINATION
- ✚ CADRE REGLEMENTAIRE DE L'HOSPITALISATION SIGNE

Vous êtes hospitalisés au sein de cette unité de soins ; afin que ce séjour vous soit profitable, nous vous rappelons le cadre réglementaire de l'hospitalisation :

Il est formellement interdit de :

- Introduire, de consommer ou de faire commerce de produits psycho actifs (alcool – drogues – médicaments non prescrit – CBD = cannabidiol)
- Recevoir des visiteurs ayant consommés alcool, drogues, ou tout produit sus nommés, auquel cas il sera reconduit immédiatement hors de l'établissement par l'équipe de sécurité
- Posséder des armes, (armes blanches ou armes à feu) ou objets tranchants, contendants, coupants.
- Fumer dans l'enceinte de l'établissement hormis la zone dédiée à cet effet en RDJ en respectant la zone non-fumeur à proximité
- Filmer, photographier ou d'effectuer des enregistrements audio pendant votre séjour
- Entrer dans les chambres des autres patients hospitalisés
- Circuler dans les autres étages de l'établissement
- Partager vos médicaments avec d'autres patients au risque de les mettre en grave danger
- Sortir de l'établissement sans une permission expressément autorisée et signée par le médecin

Tout manquement à une de ces obligations, entrainera l'interruption immédiate de votre séjour

Il vous est demandé de :

- Respecter vos conditions d'hospitalisation et celles des autres patients
- Participer à tous les groupes et ateliers thérapeutiques qui font partie de votre projet de soins
- Vous comporter de façon correcte et respectueuse tout au long de votre séjour
- Vous soumettre aux différents tests et analyses de façon systématique ou aléatoire
- Rester dans votre chambre pour le bon déroulement des soins – rendez-vous médicaux – examens divers entre 9h30 et 12h30 – aux heures des repas
- Présenter vos effets personnels, qui pourraient faire l'objet de vérifications au cours du séjour
- Respecter les horaires des ateliers – des groupes et des repas aux heures indiquées
- Retourner dans votre chambre à partir de 22h
- Présenter impérativement vos visites à l'équipe soignante

Je soussigné(e) certifie avoir lu les conditions d'hospitalisation et m'engage à les respecter.

Date :

Lu et approuvé - Signature du patient :

DOSSIER DE PRE-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 MEDICAL

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 A SEVRES DANS LE SERVICE DE MEDECINE-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 mail au : sec.medaddicto@ch4v.fr

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

PROGRAMMATIONS DES ENTREES :

L'horaire pour les entrées des patients en hospitalisation est fixé à 8h30 précises.

***TOUT RETARD POURRA ENTRAINER L'ANNULATION ET LE REPORT DE VOTRE
HOSPITALISATION***