



DATE DE LA DEMANDE:

HOPITAL DE ST PONS DE THOMIERES  
Centre Spécialisé du Haut Languedoc  
Avenue de la gare  
34220 SAINT PONS DE THOMIERES

Tel: 04 67 97 43 00  
Fax: 04 67 97 33 75

Identité et Signature du prescripteur  
(TAMPON)

**DOSSIER de demande d'admission: Six pages \***  
(Tout dossier incomplet engendre du retard dans son traitement)

**I. VOLET SOCIO-ADMINISTRATIF**

Nom [ ] Prénom : [ ]  
Adresse : [ ]  
Téléphone : [ ]  
Téléphone d'une personne à contacter en cas d'urgence : [ ]  
Date de Naissance : [ ] Lieu dép: [ ] Sexe : [ ]  
Profession : [ ]

**Situation familiale actuelle :**

Vit seul    Oui  Non     Marié(e)     Séparé(e)     Concubinage   
Divorcé(e)     Célibataire     Veuf(ve)

**Conjoint :**    Nom : ..... Prénom : ..... Age : .....

Profession : .....

**Enfants :**

Nom	Prénom	Age	Situation

\* Dossier confidentiel à adresser sous pli fermé avec la mention CONFIDENTIEL

**PRISE EN CHARGE**

**CAISSE D'ASSURANCE MALADIE** ( Nom et adresse du Centre )

N° Immatriculation : / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

Organisme d'affiliation :

Bénéficiaire :                      Droits jusqu'au :                      100% jusqu'au :

**MUTUELLE COMPLEMENTAIRE: Remplir et joindre PHOTOCOPIE**

(Veuillez vérifier auprès de votre mutuelle que les soins en alcoologie sont couverts)

Nom et adresse de la Caisse :

N° Adhérent :

**AIDE MEDICALE**

Adresse du C.C.A.S. (s'il y a lieu ) :

**Démarches sociales en cours ? Lesquelles ?**

**SITUATION ACTUELLE**

- En activité
- Chômage depuis le :
- Maladie depuis le :
- Invalidité depuis le :                      MOTIF MEDICAL
- RMI depuis le :
- En retraite depuis le :
- Protection juridique :                      Tutelle                      Curatelle                      Aucune

**PROJETS A LA SUITE DE LA POST-CURE**

**II. VOLET MEDICAL**

**ANTECEDENTS FAMILIAUX :**

<b>ASCENDANTS</b>	<b>Age</b>	<b>Décédé</b>		<b>Problème d'alcool ?</b>	
Père	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		oui	non	oui	non
Mère	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FRATRIE</b>	<input type="text"/>	Rang dans la fratrie :		<input type="text"/>	
Nombre					
Nb garçons	<input type="text"/>	Nb filles	<input type="text"/>		

**ANTECEDENTS PERSONNELS:**

**MEDICAUX** .....

.....

.....

.....

.....

**CHIRURGICAUX** .....

.....

.....

.....

.....

**PSYCHIATRIQUES** .....

.....

<b>STATUT ACTUEL</b>	Tabac <input type="checkbox"/>	Cannabis <input type="checkbox"/>	Médicaments <input type="checkbox"/>	1=abstinence 2=usage simple 3=usage nocif 4=dépendance
(SUBSTANCES PSYCHO ACTIVES)	Cocaïne <input type="checkbox"/>	Héroïne <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>	

**ETAT ACTUEL :**

Poids : \_\_\_\_\_ Taille (stature) : \_\_\_\_\_  
Tour de taille: \_\_\_\_\_

Problèmes de communication ? \_\_\_\_\_

Déficit sensoriel : \_\_\_\_\_

Déficit locomoteur : \_\_\_\_\_

Troubles de la mémoire: \_\_\_\_\_

**CARDIO VASCULAIRE :**

Tension artérielle \_\_\_\_\_

**PULMONAIRE :**

**NEUROLOGIQUE :**

Tremblements : \_\_\_\_\_ Paresthésies : \_\_\_\_\_ Crampes : \_\_\_\_\_ Trouble équilibre : \_\_\_\_\_

**DIGESTIF :**

**CUTANE :**

**O.R.L.**

**OPHTALMO :**

**PSYCHOLOGIQUE** : (Si antécédents psychiatriques: merci de nous adresser une **synthèse**)

**Motif principal de l'indication du séjour de post-cure :**

Eloignement du milieu de vie habituel <input type="checkbox"/>	soutien psychologique <input type="checkbox"/>	Obligation de soins <input type="checkbox"/>
--	--	--

AUTRES: \_\_\_\_\_

**SEJOUR ANTERIEUR EN POST-CURE** NON  OUI

(dates et lieux)

**SEVRAGES ANTERIEURS (dates et lieux):**

**EXAMENS BIOLOGIQUES ET RADIOLOGIQUES RECENTS ? (JOINDRE PHOTOCOPIES) :**

Sérologies Hépatites B et C  
Echographie hépato-biliaire  
Bilan hépatique  
NFS et TP

**TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX EN COURS :**

**OBSERVATIONS :**

**Précisez SVP les modalités du suivi après la post-cure:**

