

**Centre Spécialisé  
du Haut Languedoc**

**Soins de suite et de réadaptation  
addictologie alcoolologie**  
CH Saint-Pons-de-Thomières  
4 avenue de la Gare  
34220 Saint-Pons-de-Thomières

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

DATE DE LA DEMANDE: .....

Identité et Signature du prescripteur  
(TAMPON)

Dossier confidentiel à adresser sous pli fermé avec la mention CONFIDENTIEL  
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

**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"/>
		oui non	oui non
<b>FRATRIE</b>	<input type="text"/>	<b>Rang dans la fratrie :</b>	<input type="text"/>
Nombre			
Nb garçons	<input type="text"/>	Nb filles	<input type="text"/>

**ANTECEDENTS PERSONNELS:**

**MEDICAUX**

**CHIRURGICAUX**

**PSYCHIATRIQUES**

**STATUT ACTUEL**

(SUBSTANCES

PSYCHO  
ACTIVES)

Tabac  Cannabis  Médicaments   
Cocaïne  Héroïne  Autres

1=abstinence  
2=usage simple  
3=usage nocif  
4=dépendance

**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:**



**Motivations au sujet du séjour de soins de suite:**

A remplir par le patient ou la patiente (ou joindre une lettre de motivation)

	<b>Rédaction</b>	<b>Vérification</b>	<b>Approbation</b>	<b>Visa</b>
<b>Noms</b>	M.Mastour	M.Aussillous	K.Maréchal	
<b>Date</b>	25/01/2019	30/01/2019	01/02/2019	
<b>Documents associés</b>	SOIN/PPT/PROT/06			