

DOSSIER D'ADMISSION à renvoyer

DATE :

- Par mail : admissions@cliniquedejourmirabeau.fr
- Par courrier : 37 bis rue Sébastien Mercier – 75015 Paris
- Par fax : 01 84 79 53 51

DEMANDEUR

Établissement :

Tél :
E-mail :

Médecin :

Tél :
E-mail :

Cadre IDE :

Tél :
E-mail :

Assistante sociale :

Tél :
E-mail :

Date d'admission souhaitée à partir de :

PATIENT

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Nationalité :

Date et lieu de naissance :

N° Portable :

E-Mail :

@

Adresse :

CP :

Ville :

Vous faites une demande d'admission à la clinique de jour Mirabeau pour (plusieurs choix possibles) :

- Stabilisation de votre situation addictologique
- Consolidation après un sevrage
- Prévention de la rechute
- Groupe dédié aux femmes enceintes

Voici les éléments que doit comporter votre dossier complet :

DANS TOUS LES CAS

- Volet administratif et social
- Volet modalités de prise en charge signées
- Volet médical rempli par le médecin appuyant votre demande ou courrier explicitant la demande pour l'hospitalisation de jour
- Copie de votre attestation de prise en charge par la sécurité sociale de moins de 2 mois et attestation mutuelle valide.



NOM PATIENT :

MÉDECIN DEMANDEUR (COORDONNEES ET CACHET)

Nom Prénom

Adresse

Tel : Mail

OBJECTIF PRIORITAIRE DU SEJOUR

SITUATION ADDICTOLOGIQUE ACTUELLE

PRODUIT PRINCIPALEMENT CONSOMME :

Type :

Mode de consommation :

Fréquence et quantité des consommations :

Sevrage En cours depuis : Ambulatoire Hospitalier

Prévu / date : Ambulatoire Hospitalier

Déjà sevré depuis :

ALCOOL

CDA (consommation déclarée d'alcool) g/L

Ou consommation moyenne estimée (ex : 4 bières 5,5° 50cc/j) :

Dépendance Oui Non

TABAC

Oui Non Nombre de cigarettes par jour :

CANNABIS

Oui Non Occasionnel Régulier



NOM PATIENT :

RESUME DE LA SITUATION ADDICTOLOGIQUE

	Problématique actuelle	Problématique ancienne	Démarche de changement	
			Oui	Non
Alcool				
Tabac				
Cannabis				
Opiacés				
Substitution en cours <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui (préciser) <input type="radio"/> dose stabilisée depuis				
Benzodiazépines	si stabilisé : molécule(s) et posologie quotidienne : traitement stabilisé depuis :			
Cocaïne				
Nouveaux produits de synthèse (préciser)				
Autre (préciser) :				



NOM PATIENT :

ANTECEDENTS ET SUIVI ACTUEL

MEDICAUX

CHIRURGICAUX

PSYCHIATRIQUES – PSYCHOLOGIQUES (co-morbidités, hospitalisations, événements de vie, tentative de suicide...)

ADDICTOLOGIQUES

Préciser les éventuelles hospitalisations passées et joindre un compte rendu de la dernière hospitalisation.



NOM PATIENT :

TRAITEMENTS EN COURS

Joindre une copie de la dernière ordonnance, ainsi que de la dernière ordonnance psychiatrique si le traitement ne figure pas sur l'ordonnance du traitement habituel fournie (ou peut être apportée par le patient à son 1er passage).

QUEL EST LE SUIVI ACTUEL ?

Addictologue

Psychiatre :

Médecin traitant :

Psychologue :

Autres suivis éventuels importants pour la prise en charge en hopital de jour.



NOM PATIENT :

COUVERTURE SOCIALE (joindre **obligatoirement** l'attestation)

- REGIME GENERAL REGIME PARTICULIER :
 CPAM CMU PUMA AME

N° SECURITE SOCIALE : _____ ou N° AME : _____

ALD :

- OUI NON EN COURS

COUVERTURE COMPLEMENTAIRE (joindre **obligatoirement** l'attestation recto verso)

- MUTUELLE CSS AUCUNE

LOGEMENT

- Propriétaire Locataire Foyer Sans domicile Hébergé(e) (préciser)
 En cours Autre

SITUATION FAMILIALE

- Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e) Veuf (ve)

Nombre d'enfants

Enfants à charge

PERSONNE A PREVENIR : Nom : Prénom : N° de téléphone :

PERSONNE DE CONFIANCE : Nom : Prénom : N° de téléphone :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Profession : _____ Retraite Sans activité

ou arrêt de travail depuis le / /

ou longue maladie depuis le / /

ou invalidité depuis le / /

RESSOURCES

- Salaire Indemnités journalières Assedic RSA AAH Retraite

Autres (préciser) _____

MESURES DE PROTECTION

- Tutelle Curatelle Mesure en cours

Nom du tuteur ou du curateur _____ Téléphone _____

SUIVI SOCIAL A L'EXTERIEUR

Nom : _____ **Prénom :** _____
Tel : _____ **E-mail :** _____



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION

1. Vous êtes titulaire d'une attestation ALD 100% (affection Longue Durée) : L'assurance maladie prend en charge l'intégralité de vos frais d'hospitalisation.

2. Vous bénéficiez d'une mutuelle *

Votre participation sera fonction du tarif et du nombre de jours accordés par votre mutuelle.

4 Vous n'avez pas de mutuelle

Le forfait journalier sera à votre charge.

** Nous vous conseillons de vous renseigner directement auprès de votre mutuelle ou de nous contacter pour de plus amples informations*

Je soussigné(e),

Madame,
Monsieur

_____ m'engage,

dans le cas où ma mutuelle ne les prendrait pas en compte, à régler le montant de ma part mutuelle si celle-ci ne prend pas en charge mon séjour en hôpital de jour.

Date / /

Signature _____

IMPORTANT : Aucune admission ne pourra se faire en l'absence d'une pièce d'identité valide : Carte d'identité ou Passeport ou Carte de séjour à l'arrivée du patient.