

DOSSIER D'ADMISSION

DATE

jj/mm/aaaa

À RENVoyer

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

DEMANDEUR

Établissement (nom)	Tél.	E-mail
Médecin (nom)	Tél.	E-mail (non facultatif)
Cadre IDE (nom)	Tél.	E-mail
Assistante sociale (nom)	Tél.	E-mail
Date d'admission souhaitée à partir du		
	jj/mm/aaaa	

PATIENT

Nom de naissance	Prénom de naissance	
Nom utilisé	Prénom utilisé	
Date de naissance	Lieu de naissance	Nationalité
N° de portable	E-mail	
Adresse	Code postal	Ville

Votre demande d'admission à la clinique de jour Mirabeau concerne *(plusieurs choix possibles)*

- ☐ Aide au changement des consommations ☐ Consolidation après un sevrage

COMPOSITION DU DOSSIER COMPLET

DANS TOUS LES CAS

- | | |
|---|--|
| ☐ Volet administratif et social | ☐ Attestation sécu de moins de 2 mois |
| ☐ Volet modalités de prise en charge signé | ☐ Attestation de mutuelle valide |
| ☐ Volet médical (ou courrier du médecin) | |

SELON LE CAS

- | | |
|--|--|
| ☐ Copie de la dernière ordonnance | ☐ Dernière ordonnance psychiatrique |
| ☐ Compte rendu de la dernière hospitalisation | ☐ Pièce d'identité valide (à l'arrivée) |



PATIENT (NOM ET PRÉNOM DE NAISSANCE) : _____

MÉDECIN DEMANDEUR

Nom	Prénom	Cachet du médecin
Adresse		
Tél.	E-mail (non facultatif)	

OBJECTIF PRIORITAIRE DU SÉJOUR

Objectif principal

Précisions

SITUATION ADDICTOLOGIQUE ACTUELLE

PRODUIT PRINCIPALEMENT CONSOMMÉ

Type	Fréquence et quantité des consommations

SEVRAGE

Statut	Depuis le / prévu le / sevré depuis (date ou durée)	Cadre du sevrage

RÉSUMÉ DE LA SITUATION ADDICTOLOGIQUE

	Problématique actuelle	Problématique ancienne
Alcool	☐	☐
Tabac	☐	☐
Cannabis	☐	☐
Opiacés	☐	☐
Cocaïne	☐	☐
Nouveaux produits de synthèse	☐	☐
Benzodiazépines	☐	☐

PATIENT (NOM ET PRÉNOM DE NAISSANCE) : _____

ANTÉCÉDENTS ET SUIVI ACTUEL

MÉDICAUX

CHIRURGICAUX

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

Précisions : dates, évènements de vie marquants, contexte

ADDICTOLOGIQUES

Hospitalisation(s) passée(s) en addictologie ☒ Oui ☐ Non

☒ Compte rendu de la dernière hospitalisation joint

Préciser les hospitalisations passées (lieu, dates, durée)

PATIENT (NOM ET PRÉNOM DE NAISSANCE) : _____

TRAITEMENTS EN COURS

- ☐ Copie de la dernière ordonnance jointe
- ☐ Copie de la dernière ordonnance psychiatrique jointe
- ☐ Ordonnance(s) à apporter par le patient à son 1er passage

Joindre la dernière ordonnance psychiatrique si le traitement ne figure pas sur l'ordonnance du traitement habituel.

QUEL EST LE SUIVI ACTUEL ?

Addictologue (nom)	Tél.	E-mail (non facultatif)
Psychiatre (nom)	Tél.	E-mail (non facultatif)
Médecin traitant (nom)	Tél.	E-mail
Psychologue (nom)	Tél.	E-mail

Autres suivis importants pour la prise en charge en hôpital de jour

Volet administratif et social



PATIENT (NOM ET PRÉNOM DE NAISSANCE) : _____

COUVERTURE SOCIALE

Joindre obligatoirement l'attestation.

Régime

Si régime particulier, préciser

Type de couverture

N° de sécurité sociale (15 chiffres)

ou N° AME

ALD (affection longue durée)

☐

Oui

☐

Non

☐

En cours

Joindre obligatoirement l'attestation recto verso.

Couverture complémentaire

Nom de la mutuelle (si applicable)

LOGEMENT

Situation de logement

Si hébergé(e) ou autre, préciser

SITUATION FAMILIALE

Situation

Nombre d'enfants

Enfants à charge

PERSONNE À PRÉVENIR

Nom de naissance

Prénom de naissance

Nom utilisé

Prénom utilisé

N° de téléphone

PERSONNE DE CONFIANCE

Nom de naissance

Prénom de naissance

Nom utilisé

Prénom utilisé

N° de téléphone

SITUATION PROFESSIONNELLE

Situation

Profession

Depuis le (arrêt, longue maladie, invalidité)

RESSOURCES

☐ Salaire

☐ Indemnités journalières

☐ Assedic

☐ RSA

☐ AAH

☐ Retraite

Autres (préciser)

Volet administratif et social



PATIENT (NOM ET PRÉNOM DE NAISSANCE) : _____

MESURES DE PROTECTION

Mesure	Nom du tuteur ou du curateur	Téléphone

SUIVI SOCIAL À L'EXTÉRIEUR

Nom	Prénom
Tél.	E-mail

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION

- ☐ **Vous êtes titulaire d'une attestation ALD 100 % (affection longue durée)** : l'assurance maladie prend en charge l'intégralité de vos frais d'hospitalisation.
- ☐ **Vous bénéficiez d'une mutuelle *** : votre participation sera fonction du tarif et du nombre de jours accordés par votre mutuelle.
- ☐ **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) 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, passeport ou carte de séjour) à l'arrivée du patient.