

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

Groupe d'accompagnement au sevrage tabagique

du 18/11/2026 au 13/01/2027

DEMANDEUR

Médecin demandeur (nom, prénom)

Téléphone

Adresse

E-mail de contact (non facultatif)

* Champ obligatoire.

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

Sexe

Groupe d'accompagnement au sevrage tabagique

du 18/11/2026 au 13/01/2027



PATIENT (NOM ET PRÉNOM DE NAISSANCE) : _____

COMPOSITION DU DOSSIER COMPLET

Voici les éléments que doit comporter votre dossier complet :

DANS TOUS LES CAS

- | | |
|--|---|
| ☐ Volet administratif et social | ☐ Volet modalités de prise en charge signé |
| ☐ Volet médical rempli par le médecin demandeur | ☐ Attestation sécu de moins de 2 mois |
| ☐ Attestation de mutuelle valide | ☐ Pièce d'identité valide (à l'arrivée) |

OBJECTIF DU SÉJOUR

À remplir par : le patient

Quel est votre objectif en participant au « Groupe d'accompagnement au sevrage tabagique » ?

- ☐ Je voudrais arrêter de fumer
- ☐ Je voudrais réduire ma consommation de tabac
- ☐ Je voudrais obtenir des informations sur le sevrage tabagique
- ☐ Je viens d'arrêter de fumer et j'ai besoin d'aide pour maintenir l'arrêt

SITUATION TABAGIQUE

À remplir par : le patient

Avez-vous réduit votre consommation de cigarettes au cours du mois précédent ? ☐ Oui ☐ Non

SI VOUS NE FUMEZ PAS ACTUELLEMENT

Depuis combien de temps avez-vous arrêté ? _____

Combien de cigarettes fumiez-vous par jour avant cet arrêt ? _____ par jour

SI VOUS FUMEZ ACTUELLEMENT

Fumez-vous tous les jours ? ☐ Oui ☐ Non

Quelle somme consacrez-vous au tabac chaque semaine ? _____ € par semaine

CIGARETTE ÉLECTRONIQUE (VAPORISATEUR PERSONNEL)

Utilisez-vous une cigarette électronique ? ☐ Oui ☐ Non

SUBSTITUTS NICOTINIQUES

Utilisez-vous des substituts nicotiniques ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels ? ☐ Patch ☐ Gommes ☐ Pastilles ☐ Autre : _____

PARCOURS DE SOIN *(plusieurs réponses possibles)*

Qui vous a conseillé de venir à ce groupe ?

- | | |
|--|---|
| ☐ Médecin hospitalier (hospitalisation) | ☐ Médecin du travail |
| ☐ Médecin traitant | ☐ Médecin spécialiste |
| ☐ Pharmacien | ☐ Tabac info service |
| ☐ Demande de l'entourage | ☐ Démarche personnelle |

Groupe d'accompagnement au sevrage tabagique

du 18/11/2026 au 13/01/2027



PATIENT (NOM ET PRÉNOM DE NAISSANCE) : _____

HISTOIRE TABAGIQUE

À quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ? _____ ans

POUR LES PERSONNES QUI ONT DÉJÀ ESSAYÉ D'ARRÊTER (au moins 7 jours)

Combien de fois avez-vous arrêté ? _____ fois

De quelle(s) manière(s) avez-vous arrêté ?

- | | |
|--|--|
| ☐ Sans aide | ☐ Substituts nicotiniques |
| ☐ Cigarette électronique | ☐ Médicament (Champix®, Zyban®) |
| ☐ Accompagnement (tabacologue, psychologue) | ☐ Autre |

Quelle a été la durée la plus longue de votre arrêt ? _____

Quelle est la date de votre dernière tentative d'arrêt ? _____ jj/mm/aaaa

SUITE DE L'ÉVALUATION ADDICTOLOGIQUE

Le tabac est évalué dans le questionnaire du patient ; ce tableau porte sur les autres produits.

	Problématique actuelle	Problématique ancienne
Alcool	☐	☐
Cannabis	☐	☐
Opiacés	☐	☐
Benzodiazépines	☐	☐
Cocaïne	☐	☐
Nouveaux produits de synthèse	☐	☐
Autre (préciser)	☐	☐
Préciser le(s) produit(s) _____		

PATIENT (NOM ET PRÉNOM DE NAISSANCE) : _____

ANTÉCÉDENTS ET SUIVI ACTUEL

MÉDICAUX – CHIRURGICAUX

ADDICTOLOGIQUES

Hospitalisations passées en addictologie

PSYCHIATRIQUES

Comorbidités, hospitalisation, événements de vie, tentatives de suicide...

TRAITEMENTS EN COURS

☐ Copie de la dernière ordonnance jointe ☐ Ordonnance à apporter par le patient à son 1er passage

QUEL EST LE SUIVI ACTUEL ?

Médecin généraliste (nom)

Tél.

E-mail (non facultatif)

Tabacologue (nom)

Tél.

E-mail (non facultatif)

Psychiatre / addictologue (nom)

Tél.

E-mail (non facultatif)

Autres suivis ou pathologies / antécédents éventuels 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)

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.