

DEMANDE D'ADMISSION

Dr Julie Giustiniani
Dr Emilie Lévêque
Dr Lauren-Ingrid Rolet

Informations importantes

Une prise en charge en hôpital de jour peut ne pas être adaptée dans l'un des cas suivants :

- Personne ne souhaitant pas participer à des ateliers de groupe (de 3 à 8 personnes) ;
- Personnes ne pouvant se libérer sur les horaires d'ouverture (de 9h15 à 16h30 minimum 3 demi-journées par semaine) ;
- Pour une personne domiciliée à plus d'une heure de route de Besançon ;
- Pour une personne ayant des troubles sévères imposant une **prise en charge en hospitalisation complète** ;
- Pour une personne présentant uniquement :
 - Une addiction au tabac
 - Un trouble du comportement alimentaire.

À renvoyer par fax au 03 81 21 82 09 ou par e-mail : hdjaddicto-secret@chu-besancon.fr

Identité patient

Nom

Prénom

Date de naissance

Téléphone

Adresse

ALD (motif)

Numéro SS

Mesure de protection

Identité médecin faisant la demande

Nom

Prénom

Téléphone

Établissement

Motif de l'orientation

- ☐ Aide au changement dans la consommation
- ☐ Maintien de l'abstinence
- ☐ Évaluation situation complexe
- ☐ Autres :

Addiction motivant les soins et objectifs (réduction/arrêt)

Autres consommations/comportements avec leur mode et leur fréquence

Provenance du patient

- ☐ Domicile
- ☐ Cure
- ☐ Post-cure

Temporalité

- ☐ Date d'admission souhaitée :
- ☐ Si urgence, justifier :

Entourage

Personne à prévenir (transport)

Personne de confiance

Médecin traitant

Traitement en cours

Antécédents (médicaux, chirurgicaux et psychiatriques, allergie)

Antécédents de soins en addictologie

Suivi en cours (social, addictologique, psychiatrique, somatique...)

Moyen de transport

Comment le patient compte-t-il venir à l'hôpital de jour ?

Prévoir transport (entourage, VSL ou autre pour toute personne ayant un usage continu)

Commentaire (libre)

Pièces à fournir

Examens complémentaires pertinents récents (bilan biologique, échographie abdominale, ...)

Fait à le/...../.....

Cachet du médecin et signature