Demande de prise en charge Hôpital de jour d’addictologie

***Adressé par Dr :***

***Unité d’hospitalisation / Structure demandeuse :***

***Tel de l’unité :***

***Nom : Prénom :***

***Date de naissance : / /***

***Adresse :***……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………….………………………………………………………………………………………………

***Numéro de téléphone : . . . .***

***Mail :***

***Disponibilité (jours réguliers):*** 🞏 lundi - jeudi

 🞏 Mardi - Vendredi

 🞏 Mercredi (après-midi)

 🞏 Autres

***Suivis thérapeutiques :***

- Médecin traitant : Dr……………………………………………………………

- Psychiatre : Dr……………………………………………………………………..

- Addictologue: Dr………………………………………………………………….

- Psychologue :……………………………………………………………………….

- Autres : ………………………………………………………………………………..

***Prise en charge actuelle ou projet de soins :*** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***Date souhaitée de début de prise en charge :*** .....................................................

***Couverture sociale :***  oui non

***Mutuelle ou CMU :***  oui non

***ALD :***  oui non Si ALD, Motif :

***Conduites addictives***(substance ou comportement, quantité actuelle, sevrage, histoire de la maladie, histoire de vie …)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

***Objectifs de prise en charge en réhabilitation psychosociale:*** ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

***Motivations personnelles du patient :*** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***Traitement actuel :***

- …………………………………………………………………….

- …………………………………………………………………...

- …………………………………………………………………….

- …………………………………………………………………….

- …………………………………………………………………….

- …………………………………………………………………….

- …………………………………………………………………….

- …………………………………………………………………….

- …………………………………………………………………….

***Réponse du staff :***  Date / /

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………