



DEMANDE D'ADMISSION EN ADDICTOLOGIE

☐ Lit de sevrage / Bilan (5 jours) ☐ Post cure (6 semaines) ☐ Hospitalisation de jour

A retourner par mail :

addictologie.secretariat@gher.fr

ou par fax :

0262 98 81 21

Demander au patient de contacter le service pour une prise de rendez-vous au 0262.98.81.20

Informations Administratives du Patient

Nom et Prénoms : Date de naissance :/...../.....

N° tel : E mail :

Adresse :

N° Sécurité Sociale : Mutuelle :

CSS : ☐ oui ☐ non ALD : ☐ oui ☐ non ☐ en cours Affection :

Personne sous protection juridique : ☐ oui ☐ non ☐ tutelle ☐ curatelle ☐ en cours

Si oui, identité et coordonnées du responsable légal :

Personne à prévenir (Nom) : Téléphone :

Situation professionnelle :

Médecin traitant (coordonnées) :

IDE libéral(e) (coordonnées) :

Informations Médicales

Antécédents médicaux :

Comorbidités psychiatriques :

Traitements en cours et traitement habituel : Dosage et posologie (Cf joindre une ordonnance à jour)

Produits concernés :

Histoire de la dépendance :

Souhait du patient :

Informations Relatives à la Demande d'Admission

Médecin demandeur : Date de la demande :/...../.....

Mail : Date d'entrée souhaitée :/...../.....

N° tel : Signature :