



**Clinique des Essarts**

Rue du mur crénelé 76530 GRAND-COURONNE

TEL: 02 32 11 49 00 / FAX: 02 32 11 49 50

[secretariat@clinique-essarts.mssante.fr](mailto:secretariat@clinique-essarts.mssante.fr) / [secretariat@clinique-essarts.com](mailto:secretariat@clinique-essarts.com)

## FICHE DE DEMANDE D'ADMISSION

**Toute fiche doit être complète pour être traitée par le service d'admission.**

**Merci de privilégier l'envoi de ce document par VOTRE messagerie sécurisée MSSANTE**

**Si le patient est hébergé par un tiers, une attestation de reprise de l'hébergement à la sortie doit être transmise avec cette fiche.**

**Gestion covid : Pass vaccinal complet fortement conseillé (prise en charge collective pendant le séjour en ssr).**

**Test PCR ou antigénique de moins de 72H négatif à l'entrée.**

### LE MEDECIN DEMANDEUR

NOM :

ADRESSE :

TEL :

### LE PATIENT

NOM/PRENOM :

TEL :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE DU LIEU DE RESIDENCE :

N° SS :

MUTUELLE :

N° ADHERENT :

### DEMANDE D'HOSPITALISATION EN :

- MEDECINE : sevrage (5 à 10 jours) oui non **ET/OU**
- SSR : maintien de l'abstinence (de 1 à 4 semaines/ prolongation possible) oui non

### RENSEIGNEMENTS PATIENT

- En contact et /ou porteur d'une BMR et/ou hospitalisation à l'étranger : oui non
- Transport aller/retour organisé : oui non

**AUTONOMIE** Complète : oui non

Si non, aide nécessaire pour (précisez) :

Utilisation d'aides techniques ou adaptations (précisez) :

**MOTIF D'HOSPITALISATION :**

**MOTIVATION DU PATIENT A L'HOSPITALISATION EVALUEE ENTRE 0 ET 10 :**

**PRODUITS CONSOMMES LES TROIS DERNIERS MOIS :**

ALCOOL

TABAC

CANNABIS

HEROINE

COCAINE

OPIACES MEDICAMENTEUX

BZD/HYPNOTIQUES

AUTRES:

**SEVRAGE(S) DEMANDE(S) POUR :**

**DEMARCHES DE SOINS**

SUIVI AMBULATOIRE oui non

Si oui, en service : addictologie oui non psychiatrie oui non

Depuis quand :

Où :

LIEU ET DATE SI DERNIERE CURE / SEVRAGE :

DUREE D'ARRET DU PRODUIT :

**ATCD MEDICAUX**

**ATCD PSYCHIATRIQUES**

**POUR LES TRAITEMENTS EN COURS : joindre ordonnance**

**PRECISEZ si :** Traitement de substitution : oui non

Oxygénothérapie : oui non

Appareillage apnée sommeil : oui non