



Standard : 05.49.68.49.68

Fax : 05.49.68.30.00

www.chnds.fr

Addictologie-chnds.fr

**Service
Addictologie
Site de
THOUARS**

Dr Wassim CHEHADE :
Psychiatre Addictologue

Dr François MURAT :
Addictologue
Praticien Attaché

**Mme Marie-Françoise
MORUCHON :**
Cadre de santé

Consultations CSAPA :
Tél : 05.49.68.31.03
csapa@chnds.fr

Unité de Tabacologie :
Tél : 05.49.68.31.03
csapa@chnds.fr

**Service
Addictologie :**
Tél : 05.49.68.30.37
Fax : 05.49.68.29.76
alcoologie@chnds.fr

SSR Addictologie
Tél : 05.49.68.31.87
Fax : 05.49.68.32.03
Post-cure@chnds.fr

CENTRE HOSPITALIER NORD DEUX-SEVRES

**SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION EN
ADDICTOLOGIE (SSRA)**

DEMANDE MEDICALE D'ADMISSION

Nom :

Prénoms :

Date de naissance

Adresse :

Téléphone :

ANTECEDENTS PRINCIPAUX :

Allergies connues ou contre-indications médicamenteuses :

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents psychiatriques : (Tentative de suicide, psychose chronique...)

Traitement en cours :

Quelles sont les motivations du patient ?

Cachet du Médecin prescripteur :

Date :

Signature :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX ;

M^{me} M^{elle} Mr. NOM :

Nationalité :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Date et lieu de naissance :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE BESOIN:

NOM (qualité)

Téléphone :

Adresse :

SITUATION DE FAMILLE :

Célibataire Concubinage Marié(e) Veuf(ve) PACS
 Divorcé(e) Séparé (e)

Nom du conjoint :

Nombre d'enfants :

Enfants à charge :

SITUATION PROFESSIONNELLE :

Profession :

En activité : OUI NON
 Salarié Activité libérale

En arrêt maladie : OUI NON Depuis le :

Au chômage : OUI NON Depuis le :

LOISIRS / CENTRE D'INTERETS :

SITUATION FINANCIERE :

Salarié(e), ASSEDIC A.A.H Indemnités journalières
RSARetraite Autres :

COUVERTURE SOCIALE ⁽¹⁾ :

Sécurité sociale

Assuré (e) :
N° d'immatriculation Sécurité Sociale
Caisse d'affiliation :

Allocations Familiales

N°
Caisse :

Nom de la Mutuelle ou de la Complémentaire :

N° Adhérent :

Nom de la Mutuelle ou de la Complémentaire:

⁽¹⁾Prière de joindre une photocopie de votre attestation d'adhérent ou d'affiliation. Se munir des originaux le jour de la visite de pré-admission.

PROTECTION JURIDIQUE :

Oui Non

Laquelle : Sauvegarde de justice Tutelle Curatelle

Laquelle Simple Renforcée

NOM et ADRESSE du Tuteur :

Téléphone :

SITUATION JUDICIAIRE :

Permis de conduire : Oui Non

Retrait depuis le.....Durée.....

Annulation depuis le.....Durée.....

Suivi du S.P.I.P

Obligation de soins

INTERVENANTS SOCIAUX :

Assistant(e) Sociale Educateur Autres :

NOM - ADRESSE – Téléphone :

MEDECIN TRAITANT :

Médecin généraliste (Nom, adresse, Téléphone) :

Médecin spécialiste (Nom, adresse, Téléphone) :

Rappel : joindre la lettre de motivation.