

POLE DE PSYCHIATRIE ADULTE

UNITE DE RE COURS EN ADDICTOLOGIE

Hospitalisations : 05.59.44.42.83

Secrétariat : 05.59.44.42.82

Fax : 05.59.44.42.89

Email : secr.psy7@ch-cotebasque.fr

DEMANDE D'ADMISSION EN HOSPITALISATION COMPLETE A L'UNITE DE RE COURS EN ADDICTOLOGIE

Demande à adresser par courrier, fax, ou email sécurisé à : secr.psy7@ch-cotebasque.mssante.fr.

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter le 05 59 44 42 82.

L'unité de recours en addictologie accueille les personnes présentant une ou plusieurs addiction(s) avec ou sans substance, souhaitant réaliser un sevrage en milieu hospitalier.

Une hospitalisation pour sevrage est une démarche volontaire, planifiée et inscrite dans le cadre d'un projet de addictologique global, avec des objectifs thérapeutiques clairement définis en amont.

Elle est indiquée en seconde intention, après échec d'un suivi addictologique ambulatoire régulier, sauf cas de sévérité intense ou antécédents de sevrage compliqué de crises comitiales ou de delirium tremens notamment (motif à préciser).

Pour les hospitalisations précédant une admission en structure de type SSR/SSRA/CSAPA résidentiel, structure sociale etc., une entente préalable avec date d'admission programmée dans la structure d'aval est nécessaire.

Nous vous remercions de **transmettre le règlement interne du service** à la personne en demande d'hospitalisation avant de remplir le dossier, afin que celle-ci puisse ou non confirmer sa demande d'admission au vu du cadre d'hospitalisation proposé.

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE RECOURS EN ADDICTOLOGIE

Hospitalisations : 05.59.44.42.83

Secrétariat : 05.59.44.42.82 / Fax : 05.59.44.42.89 / Email : secr.psy7@ch-cotebasque.fr

Date de la demande :

Nom et coordonnées du médecin adresseur, dont email et téléphone :

.....
.....

VOLET ADMINISTRATIF :

Nom : **Prénom :**

Date de naissance :

Téléphone :

Mail :

VOLET SOCIAL :

❖ Lieu de résidence (si sans domicile, lieu de résidence prévu à la sortie d'hospitalisation et date de la demande SIAO le cas échéant) :

.....

❖ Si arrêt de travail en cours, motif et date de fin :

.....

❖ Si ALD, motif et date de fin :

.....

❖ Mutuelle de santé complémentaire (oui/non/à mettre à jour) :

.....

VOLET MEDICAL :

- ❖ Médecin traitant, addictologue, autres intervenants :

.....
.....

- ❖ Antécédents personnels :

.....
.....
.....
.....

- ❖ Situation clinique actuelle :

.....
.....
.....
.....

- ❖ Objectif de l'hospitalisation :

.....
.....
.....

- ❖ Traitement actuel :

.....
.....
.....
.....

Signature et tampon médical :