

---

**POLE DE PSYCHIATRIE ADULTE**

---

**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](mailto:secr.psy7@ch-cotebasque.fr)

<b>DEMANDE D'ADMISSION EN HOSPITALISATION COMPLETE A L'UNITE DE RECOURS EN ADDICTOLOGIE</b>
---

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