



**DEMANDE MEDICALE D'ADMISSION
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION EN ADDICTOLOGIE (SSRA)**

EQ-AA0161

Version : 1

Page 1 / 7



**CENTRE
HOSPITALIER
NORD DEUX-SEVRES**

Standard :
05.49.68.49.68
Fax : 05.49.68.30.00

www.chnds.fr

Addictologie-chnds.fr

**Service
Addictologie
Site de
THOUARS**

Secrétariat unique :
Tél : 05.49.68.31.03

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...)

Antécédents Addictologiques :

Séjours antérieurs en SSRA :

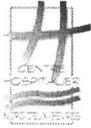
Lieux : _____ Date : _____

-
-
-
-
-
-



... le CHNDS
aussi aux bons soins de
l'environnement

Rédacteur : Dr CHEHADE W. – Psychiatre addictologue	Vérificateur : M. L. CHARLES – CSS psychiatrie addictologie Mme GRELLIER S. – CS psychiatrie addictologie Mme GARNIER I. - Assistante sociale	Approbateur : Dr CHEHADE. – Chef de service addictologie
--	--	---



DEMANDE MEDICALE D'ADMISSION
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION EN ADDICTOLOGIE (SSRA)

EQ-AA0161

Version : 1

Page 2 / 7

Votre patient consomme t'il actuellement de la drogue ?

Si OUI quel produit ?

 Cannabis Héroïne Cocaïne Ecstasy Autre précisé :

- Antérieures :

- Sevrage effectué (Alcool): OUI NON

Le .../.../20... A :

- Sevrage aux Benzodiazépines : OUI NON

Le .../.../20... A :

ETAT CLINIQUE ACTUELPhysique :Psychique (Thymie, trouble de comportement...) :

Rédacteur : Dr CHEHADE W. – Psychiatre addictologue	Vérificateur : M. L. CHARLES – CSS psychiatrie addictologie Mme GRELLIER S. – CS psychiatrie addictologie Mme GARNIER I. - Assistante sociale	Approbateur : Dr CHEHADE. – Chef de service addictologie
--	--	---



**DEMANDE MEDICALE D'ADMISSION
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION EN ADDICTOLOGIE (SSRA)**

EQ-AA0161

Version : 1

Page 3 / 7

Traitement en cours :

Quelles sont les motivations du patient ?

Cachet du Médecin prescripteur :

Date :

Signature :

Rédacteur : Dr CHEHADE W. – Psychiatre addictologue	Vérificateur : M. L. CHARLES – CSS psychiatrie addictologie Mme GRELLIER S. – CS psychiatrie addictologie Mme GARNIER I. - Assistante sociale	Approbateur : Dr CHEHADE. – Chef de service addictologie
--	--	---



DEMANDE MEDICALE D'ADMISSION
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION EN ADDICTOLOGIE (SSRA)

EQ-AA0161

Version : 1

Page 4 / 7

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX :M^{me} M. NOM :

Nationalité :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Date et lieu de naissance :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE BESOIN :

NOM :

Prénom :

Qualité :

Téléphone :

Adresse :

PERSONNE DE CONFIANCE (*cette personne peut être la même que la personne à prévenir ou bien différente*) :

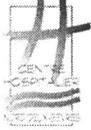
NOM :

Prénom :

Téléphone :

Adresse :

Rédacteur : Dr CHEHADE W. – Psychiatre addictologue	Vérificateur : M. L. CHARLES – CSS psychiatrie addictologie Mme GRELLIER S. – CS psychiatrie addictologie Mme GARNIER I. - Assistante sociale	Approbateur : Dr CHEHADE. – Chef de service addictologie
--	--	---

**DEMANDE MEDICALE D'ADMISSION
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION EN ADDICTOLOGIE (SSRA)**

EQ-AA0161

Version : 1

Page 5 / 7

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 Employeur libérale

En arrêt maladie : OUI NON Depuis le :Demandeur d'emploi : OUI NON Depuis le :**LOISIRS / CENTRE D'INTERETS :****RESSOURCES :**

- Salaire ASSEDIC A.A.H Indemnités journalières RSA Retraite
 Autres : Pension d'invalidité cat.1, 2, 3

COUVERTURE SOCIALE ⁽¹⁾ :**Sécurité sociale**

Assuré (e) :

N° d'immatriculation Sécurité Sociale :

Caisse d'affiliation :

Rédacteur : Dr CHEHADE W. – Psychiatre addictologue	Vérificateur : M. L. CHARLES – CSS psychiatrie addictologie Mme GRELLIER S. – CS psychiatrie addictologie Mme GARNIER I. - Assistante sociale	Approbateur : Dr CHEHADE. – Chef de service addictologie
--	--	---

**DEMANDE MEDICALE D'ADMISSION
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION EN ADDICTOLOGIE (SSRA)**

EQ-AA0161

Version : 1

Page 6 / 7

Allocations Familiales

N°

Caisse :

Nom de la Mutuelle ou de l'assurance santé :

N° Adhérent :

Nom de la Mutuelle ou de l'assurance santé :

Nombre de jours pris en charge :

(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 NonLaquelle : Sauvegarde de justice Curatelle TutelleLaquelle Simple Renforcée

NOM et ADRESSE du Mandataire judiciaire :

Organisme :

Téléphone :

SITUATION JUDICIAIRE :Permis de conduire : Oui Non Véhicule : Oui NonRetrait depuis le.....Durée..... Annulation depuis le.....Durée..... Suivi du S.P.I.P

Nom :

Prénom :

Coordonnées :

 Obligation de soins

Rédacteur : Dr CHEHADE W. - Psychiatre addictologue	Vérificateur : M. L. CHARLES - CSS psychiatrie addictologie Mme GRELLIER S. - CS psychiatrie addictologie Mme GARNIER I. - Assistante sociale	Approbateur : Dr CHEHADE. - Chef de service addictologie
--	--	---



**DEMANDE MEDICALE D'ADMISSION
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION EN ADDICTOLOGIE (SSRA)**

EQ-AA0161

Version : 1

Page 7 / 7

INTERVENANTS SOCIAUX :

Assistant(e) de Service Social Educateur Spécialisé Autres :

NOM - ADRESSE – Téléphone :**MEDECIN TRAITANT :**

Médecin généraliste (Nom, adresse, Téléphone) :

Médecin spécialiste (Nom, adresse, Téléphone) :

Rappel : joindre la lettre de motivation.

Rédacteur : Dr CHEHADE W. – Psychiatre addictologue	Vérificateur : M. L. CHARLES – CSS psychiatrie addictologie Mme GRELLIER S. – CS psychiatrie addictologie Mme GARNIER I. - Assistante sociale	Approbateur : Dr CHEHADE. – Chef de service addictologie
--	--	---