

# CHÂTEAU DE LONGUES-AYGUES

SOINS DE SUITE POUR AFFECTIONS LIEES AUX CONDUITES ADDICTIVES  
82800 NEGREPELISSE – TEL 05.63.64.20.20 – FAX 05.63.30.83.23

## DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION

Nous vous invitons, avant de remplir la demande d'admission, à lire le document en annexe, les modalités de prise en charge ainsi que l'extrait du Projet Médical qui vous présente précisément les indications et contre indications aux soins de suite au Château de Longues-Aygues.

**TOUTES LES RUBRIQUES DOIVENT ETRE IMPERATIVEMENT COMPLETEES**  
**A DEFAUT, LE DOSSIER NE SERA PAS ENREGISTRE ET VOUS SERA RETOURNE**

### 1. Identification du médecin demandeur

NOM : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Fax : mail :

Date de la demande :

Date d'entrée souhaitée :

### 2. Identité du médecin référent

NOM : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Fax : mail :

### 3. Identification du patient

NOM : Prénom : Ss tutelle\* : oui  non

NOM de jeune fille : Ss curatelle\* : oui  non

Situation familiale :  célibataire  marié(e)/en couple  divorcé(e)  veuf (ve)

Date de naissance : Lieu : Nationalité :

Profession : Situation professionnelle actuelle :

Adresse :

100% oui  non

Séjour en rapport avec ALD oui  non

**\* pour les patients sous tutelle ou curatelle un chèque de caution devra nous parvenir impérativement avant le jour de l'admission (Cf Fiche d'Informations Administratives).**

**4. Motif de la demande de séjour**

**5. Histoire de la problématique addictive**

○ **Le produit :**

Date du début d'intoxication

Date du sevrage

- ✓ Alcool.....
- ✓ Cannabis.....
- ✓ Opiacés.....
- ✓ Tabac.....
- ✓ Mésusage de médicaments.....
- ✓ Autres.....

○ **Traitement de substitution :** .....

○ **Hospitalisations et cures antérieures (dates et lieux) :**

○ **Date, lieu et mode du dernier sevrage :**

○ **Répercussions de l'addiction sur :**

	Non	Oui	précisez
✓ Les relations familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
✓ Le social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
✓ Le professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
✓ Le médico-légal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**6. Antécédents médicaux/chirurgicaux**○ **Chirurgicaux**○ **Médicaux**

✓ Cardio-vasculaires :

✓ Respiratoires :

✓ Digestifs :

✓ Neurologiques :

✓ Endocriniens :

✓ Infectieux :

○ **Psychiatriques**○ **Antécédents de passages à l'acte** (fugues, hétéro-agressivité, TS...)**7. État actuel**

## ○ Psychique :

## ○ Somatique :

## ○ Allergies (préciser) :

## ○ Nécessité d'un régime alimentaire spécifique :

## ○ Aptitude physique aux activités sportives : (gymnastique, musculation, piscine)

oui non  précisez :.....**8. Traitement actuel :**

NB : tout traitement devra être justifié par une ordonnance récente et tout traitement de médecine générale devra être fourni.

**9. Bilan d'autonomie**

	Fait	Ne fait pas seul	Avec aide
. Hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Déplacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Elimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	
. Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
. Troubles de la compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
. Troubles de l'orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
. Troubles du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Bonne	Moyenne	Mauvaise
. Acuité visuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Acuité auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Projet thérapeutique (Qu'attendez-vous du séjour ?)****11. Devenir envisagé à la sortie de post-cure**

- o Logement :  domicile  foyer  en cours  
 Autre (précisez).....
- o Projets, démarches en cours :
- o Suivi thérapeutique :

**12. Suggestions, particularités :**