

« **Un dossier convenablement rempli permet une réponse rapide !** »

Cadre réservé aux Médecins des Bruyères

Merci de remplir les 6 rubriques ci-dessous.

Date : . . / . . / 20 . .

Madame, Monsieur,

La date de votre admission sera fixée après réception de votre dossier. Nous vous contacterons pour convenir d'une date.

Formalités d'admission

La personne est admise ***après sevrage*** effectué en milieu hospitalier ou en ambulatoire et après examen par la Commission d'Admission du dossier comprenant :

- La fiche administrative complétée accompagnée de l'attestation de droits sécurité sociale ainsi que la photocopie recto – verso de votre carte mutuelle
- Le questionnaire médical **complété par votre médecin** accompagné du dernier bilan biologique comportant les examens demandés sur le questionnaire médical (ECG, compte spécialisé - notamment si bilan cardiologique ou neurologique – s'il y a)

Le jour de votre admission

Merci de vous munir de :

- Votre carte vitale et l'attestation de sécurité sociale, votre carte mutuelle ou de CMU complémentaire, et tous documents de prise en charge en votre possession.
- Votre carte d'identité ou votre passeport en cours de validité
- Documents médicaux en votre possession (ordonnances, courrier du médecin, comptes rendus d'hospitalisation, bilans biologiques, examens complémentaires...)

Informations sur les différents modes de prise en charge

- *Si votre prise en charge est de 80%* par l'Assurance maladie, vous devrez vous acquitter dès l'admission la somme de 1 397,85 €uros sauf si vous avez une prise en charge mutuelle ou si vous bénéficiez de la CMU complémentaire
- *Si votre prise en charge est de 100%* par l'Assurance maladie, vous devrez vous acquitter du forfait journalier de 1 026 €uros sauf si couvert par votre mutuelle ou CMU complémentaire.
- Si vous souhaitez bénéficier *d'une chambre particulière*, veuillez nous contacter au préalable.

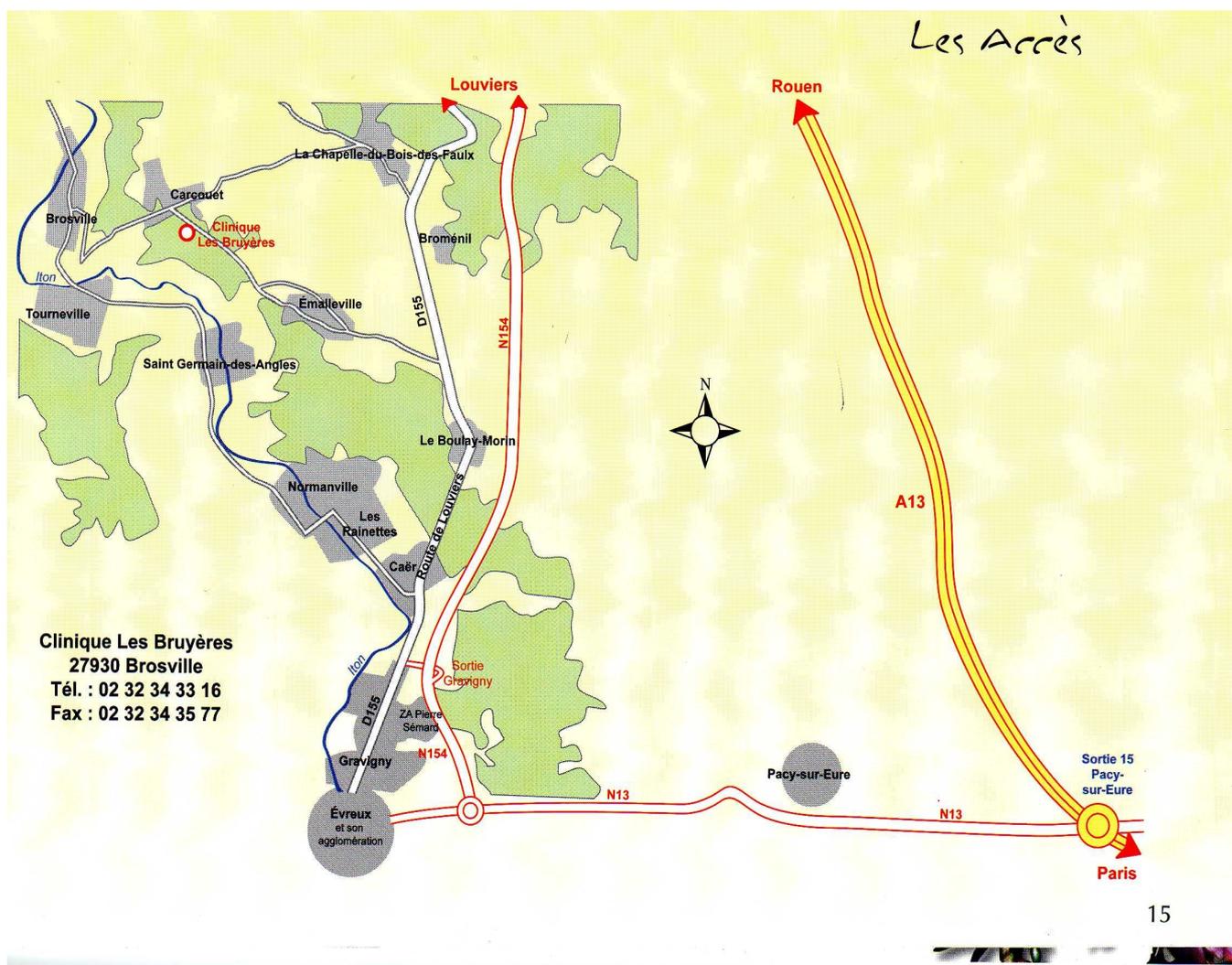
Commodités :

La clinique met à disposition un certain nombre de commodités, vous devez néanmoins vous munir personnellement de :

- Un nécessaire de toilette complet, l'hygiène sera un élément important de votre remise en forme,
- Un **minimum d'argent liquide** (aucun distributeur à proximité de la clinique)
- Pour les activités, **un survêtement, des baskets, un sac à dos, une gourde** ainsi qu'un nécessaire d'écriture (feuilles+stylo)
- Pour les patients fumeurs : prévoir le nécessaire pour la durée de votre séjour (8 semaines environ). Néanmoins, possibilité d'acheter du tabac une fois par semaine

Moyens d'accès :

- Par la SNCF, ligne Paris St Lazare à Evreux, puis prendre un taxi (15km)
- Ou accompagné en voiture :



1- RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom :	Adresse :
Prénom :	
Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Date de naissance : . . / . . /	Tél :

LIEU DE PROVENANCE

<input type="checkbox"/> ETABLISSEMENT	<input type="checkbox"/> DOMICILE
Nom :	Nom du Médecin traitant :
Service demandeur :	Tél :
Date de début d'hospitalisation :	Date d'entrée souhaitée : . . / . . / 20 . .

ASSURANCE MALADIE

Caisse :	Exonération du ticket modérateur Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Matricule :	
Mutuelle :	Tutelle : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
C.M.U. : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	A.L.D. : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Aide sociale : Totale <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	

SITUATION MATRIMONIALE

Célibataire <input type="checkbox"/>	Marié(e) <input type="checkbox"/>	Pacsé(e) <input type="checkbox"/>	Concubin(e) <input type="checkbox"/>
Divorcé(e) <input type="checkbox"/>	Séparé(e) <input type="checkbox"/>	Veuf(ve) <input type="checkbox"/>	

PERSONNES A PREVENIR

1-	Nom :	Prénom :
	Lien de parenté :	Tél :
2-	Nom :	Prénom :
	Lien de parenté :	Tél :

2- RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

ETES VOUS CONCERNE PAR:

Sauvegarde de justice: Oui Non

Curatelle : Oui Non

Tutelle: Oui Non

Si oui, merci de noter les noms et coordonnées de votre mandataire, curateur ou tuteur :

SITUATION SOCIALE

Retour au domicile : Oui Non

Sans domicile fixe: Oui Non

Niveau d'études :

La personne vit : seule avec son conjoint avec sa famille à son domicile

SITUATION PROFESSIONNELLE

- En activité (si oui, profession) :
- Sans emploi (RSA...)
- En recherche d'emploi
- Accompagnement social ou association d'anciens buveurs:

Assistante sociale ou personne ayant rempli les rubriques 1 et 2 :

Nom - Prénom : _____ Qualité : _____ Tél : _____

REGIME ALIMENTAIRE

Normal Diabétique Sans sel

HP20 Autres Précisez : _____

TRAITEMENT EN COURS

Dénomination	Posologie	Début	Durée	Commentaires

Le patient est-il actuellement suivi (si oui, merci de noter les coordonnées)

- Psychiatre

- Psychologue

- Centre d'alcoologie

- Autre

IMPERATIF :

Merci de joindre une copie des derniers bilans biologiques comportant à minima les examens suivants :

→ *CRP, Gamma GT, GLYC à jeun, NFS, VS, Plaquettes, Phosphatases alcalines sanguines, TGOT et TGPT, TP, CDT, Créatinémie*

Allergies médicamenteuses :

Le patient est-il porteur d'une infection nosocomiale : Oui Non

Le patient est-il porteur du virus du VIH : Oui Non

Le patient a-t-il été transfusé : Oui Non

Coordonnées du médecin traitant :

Médecin

Nom - Prénom :

Tél :

Date : . . / . . / 20 . .

Signature