



## DOSSIER D'ADMISSION

Vous souhaitez adresser un de vos patients pour une admission à la clinique de la Chênaie.

Afin de pouvoir examiner votre demande, nous vous remercions de remplir cette fiche en tant que médecin traitant et de la retourner par courriel à [secmed@clinique-chenaie.fr](mailto:secmed@clinique-chenaie.fr) (ou la confier à votre patient).

Nom du Médecin ADRESSEUR :	Spécialité :
✉ :	
☎ :	.....@.....

### COORDONNEES ET INFORMATIONS PATIENT

Nom usuel : Nom de naissance : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

☎ Domicile :

☎ Portable :

Email: .....@.....

#### Suivis en cours :

Médecin généraliste : Psychologue :

Médecin psychiatre : Autres professionnels :

- Hospitalisation complète (9 semaines)  
 Hospitalisation de Jour

**VOUS POUVEZ JOINDRE LA CLINIQUE TOUS LES JOURS DE LA SEMAINE  
DE 09H00 à 20H00 AU 03.92.25.10.20**



## INFORMATIONS MEDICALES (1)

**Motif de la demande :** (principaux problèmes nécessitant une prise en charge spécialisée, éléments déclenchant), **hypothèses diagnostiques** et **synthèse de la situation clinique du patient** :

-

**Antécédents psychiatriques personnels et/ ou familiaux** (et suivis éventuels) :

-

### Etat psychologique et comportemental actuel

- Existe-t-il des antécédents de tentatives de suicide ?       Oui       Non  
Existe-t-il des idées suicidaires ?       Oui       Non  
Existe-t-il des troubles du comportement ?       Oui       Non

Commentaires :

### Etat cognitif

- Existe-t-il des troubles cognitifs ?       Oui       Non  
Si oui :       Bilan neuropsychologiques (+ dates)  
 MOCA       BEARNI       AUTRE :

En cas de troubles cognitifs, le patient a-t-il conscience de ses troubles ?

- Oui       Non

En cas de troubles cognitifs, le patient adhère-t-il au projet de soins ?       Oui       Non

Commentaires :

**Antécédents somatiques personnels et familiaux :**

Taille :      Poids :      Etat général :

-

### Handicap :

- Physique :       Oui       Non      si oui, lequel ?  
Sensoriel :       Oui       Non      si oui, lequel ?  
Mental :       Oui       Non      si oui, lequel ?  
Psychique :       Oui       Non      si oui, lequel ?

(1) Ces données confidentielles nous permettront d'orienter au mieux le patient.



## DOSSIER D'ADMISSION

### Eléments biographiques importants :

-  
**Histoire des conduites addictives** : (avec produits : alcool, tabac, cannabis, héroïne, cocaïne, amphétamines, médicaments et/ou sans produits : TCA, jeux pathologiques, ...)

-  
Condition de début, durées, modes de consommation

-  
Prises en charge antérieures avec dates et lieux :

### Traitements actuels : (ou ordonnance imprimée)

Molécule	Posologie	Date d'introduction

### Ressources du patient et motivation :

### Autres éléments qui vous sembleraient nécessaires à nous préciser :

-  
**Date**  
**Signature et tampon (avec numéro de téléphone)**



# DOSSIER D'ADMISSION

## CADRE RESERVE A LA CLINIQUE DE LA CHENAIE - DECISIONS

### Situation prioritaire

#### 1 - A réception de la demande écrite

Pré admission

RDV le :

Avec le DR :

Admission

Prévue le :

Service : TCA – Addictologie

Sevrage à organiser : Oui - Non

Mode : HC - HDJ

Refus

Motif(s) :

#### 2- Suite de la consultation pré-admission

Admission

RDV le :

Avec le DR :

Suivi en consultation externe

RDV le :

Avec le DR :

Réorientation

Motif(s) :