
DEMANDE ADMISSION SERVICE D'ADDICTOLOGIE

Nom :

Prénom :

Age :

Tel. :

Situation Sociale

n°. Sécurité Sociale :

- Logement :
- Protection juridique :
- Autre :

Médecin traitant :

Médecin prescripteur :

Tel. :

Fax :

Spécialité du médecin prescripteur :

Motif de la demande et projet de soin :

Unité d'hospitalisation initiale souhaitée :

Court séjour

SSR

Histoire de la Maladie :

ANTECEDENTS :

- **Addictologiques**
 - o Traitement Substitutif Opiacé :
 - o Substances :
 - o PEC antérieures :

- **Médicaux et psychiatriques :**

-
-
-
-
-
-

- **Chirurgicaux :**

-
-
-

- **Allergies médicamenteuses :**

Traitements en cours :

Date :

Signature et Tampon du médecin prescripteur