

"BEAUREGARD"

Centre de Soins de Suite
et de Réadaptation en Alcoolologie

11 rue Schweitzer
B.P.11
50470 LA GLACERIE

☎ 02 33 44 16 25
Fax 02 33 44 67 33



FICHE ADMINISTRATIVE

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

.....

Adresse actuelle :

.....

Téléphone :

Nationalité :

Personnes à contacter en cas d'urgence (avec n° de téléphone) :

.....

.....

.....

↳ ORGANISME D' ASSURANCE MALADIE :

- Intitulé :
.....
- N° de téléphone :
.....
- Adresse :
.....
.....
- Nom de l'assuré :
.....
- N° d'immatriculation : / / / / / //

(Prière de joindre une photocopie de l'attestation actualisée d'ouverture des droits de l'organisme d'affiliation – se munir de la carte vitale mise à jour lors de l'admission)

↳ MUTUELLE :

- Intitulé :
.....
- N° de téléphone :
.....
- Adresse :
.....
.....
- Nom de l'assuré :
.....
- N° d'adhérent :
.....

(Prière de joindre une photocopie de la carte d'adhérent mise à jour)

↳ Couverture Maladie Universelle

Prière de joindre une photocopie de l'attestation d'affiliation

"BEAUREGARD"

Centre de Soins de Suite
et de Réadaptation en Alcoolologie

11 rue Schweitzer
B.P.11
50470 LA GLACERIE

☎ 02 33 44 16 25
Fax 02 33 44 67 33



Date :

FICHE SOCIALE

Nom : Prénom :

• SERVICE SOCIAL ayant fait avec le patient la demande de post-cure :

Intitulé du service social :

Nom du travailleur social :

Adresse :

.....

Téléphone :

(A défaut, nom de la personne ayant renseigné cette fiche et références de l'organisme)

• SITUATION FAMILIALE DU PATIENT :

célibataire marié remarié veuf
 divorcé concubinage séparé P.A.C.S.

depuis le

- Age et profession du conjoint :

des enfants :

- Climat des relations familiales :

.....

• NOM, adresse et téléphone du Tuteur ou Curateur légal (le cas échéant) :

.....

.....

.....

• **SITUATION PROFESSIONNELLE**

Niveau d'études :

Qualification professionnelle :



Si le patient a une activité professionnelle actuellement :

- emploi actuel :

- adresse de l'employeur :

.....



Si le patient n'a pas d'activité professionnelle actuellement :

Quelle est votre situation :

au chômage

allocataire adulte handicapé

indemnisation ASSEDIC

retraité

préretraité

invalide, catégorie :.....

accident du travail, taux :

R.M.I , adresse de l'instructeur du contrat R.M.I. :

.....

autre , à préciser :

.....

• **LOGEMENT :**

propriétaire

locataire

sans domicile fixe

dans la famille

chez des amis

en foyer

• **PROJET D' APRES POST- CURE :**

(logement, emploi, famille, suivi, etc....)

.....

.....

.....

• **VOTRE EXPOSE DE LA SITUATION :**

.....

.....

.....

Prière de joindre **UNE LETTRE DE MOTIVATION** du patient.

"BEAUREGARD"

Centre de soins de Suite
et de Réadaptation en Alcoolologie

11 rue Schweitzer
B.P.11
50470 LA GLACERIE

☎ 02 33 44 16 25
Fax 02 33 44 67 33

Avis du médecin de l'établissement pour
l'admission :
.....
.....
Docteur
Date :

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

à faire compléter impérativement par un Médecin
et à retourner sous pli fermé à l'intention du Médecin de l'Etablissement

Nom : **Prénom :**

Né le : (..... ans)

1 - INDICATION DE POST- CURE posée par :

Etablissement de Santé :

Adresse : Tél. :

Fax :

Motif de l'hospitalisation actuelle : E-Mail :

Ou Médecin : Tél. :

Fax :

Adresse : E-Mail :

2 - HISTOIRE DE LA CONDUITE ADDICTIVE :

• Conditions de début :

.....

• Durée - mode :

.....

• Dépendance :

.....

• Soins ou sevrages antérieurs (dates et lieux) :

.....

.....

- Psychiatriques (psychose, névrose ou autre) :
-
-
-

4 - EXAMENS et BILANS CLINIQUES ACTUELS

- Taille : • Poids :
- Troubles mnésiques, pneumologiques, hépatiques, viscéraux et cliniques :
-
-
- Bilan biologique (Gamma GT, VGM...) – joindre les derniers bilans si possible :
-
-
- Bilan sérologique (hépatite B et C, VIH...) :
-
-
- B.C.G. – date du vaccin :
- Résultats de radiographie des poumons inférieure à 3 mois :
-
-
- Vaccination antitétanique à jour :
-
- Examen neurologique (épilepsie et autres manifestations encéphalopathiques ou périphériques) :
-
-
-
- Etat psychopathologique et comportemental actuel :
-
-
-

- Fonctions locomotrices (autonomie) :
- Traitement en cours :
- Motricité : Le sujet est-il apte :
 - aux activités manuelles oui non
 - à la gymnastique..... oui non
 - à la marche..... oui non
 - au sport collectif (volley...)..... oui non

5 - RELATIONS FAMILIALES ACTUELLES

6 - BIOGRAPHIE

Date d'admission souhaitée :

Fait le

Signature et adresse lisible
Cachet du médecin