



Standard : 05.49.68.49.68

Fax : 05.49.68.30.00

[www.chnds.fr](http://www.chnds.fr)

[Addictologie-chnds.fr](mailto:Addictologie-chnds.fr)

**Service  
Addictologie  
Site de  
THOUARS**

**Dr Wassim CHEHADE :**  
Psychiatre Addictologue

**Dr François MURAT :**  
Addictologue  
Praticien Attaché

**Mme Marie-Françoise  
MORUCHON :**  
Cadre de santé

**Consultations CSAPA :**  
Tél : 05.49.68.31.03  
[csapa@chnds.fr](mailto:csapa@chnds.fr)

**Unité de Tabacologie :**  
Tél : 05.49.68.31.03  
[csapa@chnds.fr](mailto:csapa@chnds.fr)

**Service  
Addictologie :**  
Tél : 05.49.68.30.37  
Fax : 05.49.68.29.76  
[alcoologie@chnds.fr](mailto:alcoologie@chnds.fr)

**SSR Addictologie**  
Tél : 05.49.68.31.87  
Fax : 05.49.68.32.03  
[Post-cure@chnds.fr](mailto:Post-cure@chnds.fr)

**CENTRE HOSPITALIER NORD DEUX-SEVRES**

**SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION EN  
ADDICTOLOGIE (SSRA)**

## **DEMANDE MEDICALE D'ADMISSION**

Nom :

Prénoms :

Date de naissance

Adresse :

Téléphone :

## **ANTECEDENTS PRINCIPAUX :**

**Allergies connues ou contre-indications médicamenteuses :**

**Antécédents médicaux :**

**Antécédents chirurgicaux :**

**Antécédents psychiatriques :** (Tentative de suicide, psychose chronique...)



**Traitement en cours :**

**Quelles sont les motivations du patient ?**

**Cachet du Médecin prescripteur :**

**Date :**

**Signature :**

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX ;**

M<sup>me</sup> M<sup>elle</sup> Mr. NOM :

Nationalité :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Date et lieu de naissance :

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE BESOIN:**

NOM (qualité)

Téléphone :

Adresse :

**SITUATION DE FAMILLE :**

Célibataire    Concubinage    Marié(e)    Veuf(ve)    PACS  
 Divorcé(e)    Séparé (e)

Nom du conjoint :

Nombre d'enfants :

Enfants à charge :

**SITUATION PROFESSIONNELLE :**

Profession :

En activité :  OUI    NON  
 Salarié    Activité    libérale

En arrêt maladie :    OUI    NON   Depuis le :

Au chômage :    OUI    NON   Depuis le :

**LOISIRS / CENTRE D'INTERETS :**

**SITUATION FINANCIERE :**

Salarié(e),  ASSEDIC  A.A.H  Indemnités journalières  
 RSA  Retraite  Autres :

**COUVERTURE SOCIALE <sup>(1)</sup> :**

Sécurité sociale

Assuré (e) :  
N° d'immatriculation Sécurité Sociale  
Caisse d'affiliation :

Allocations Familiales

N°  
Caisse :

Nom de la Mutuelle ou de la Complémentaire :

N° Adhérent :

Nom de la Mutuelle ou de la Complémentaire:

---

<sup>(1)</sup>Prière de joindre une photocopie de votre attestation d'adhérent ou d'affiliation. Se munir des originaux le jour de la visite de pré-admission.

**PROTECTION JURIDIQUE :**

Oui  Non

Laquelle :  Sauvegarde de justice       Tutelle       Curatelle

Laquelle       Simple       Renforcée

NOM et ADRESSE du Tuteur :

Téléphone :

**SITUATION JUDICIAIRE :**

Permis de conduire :  Oui  Non

Retrait depuis  le.....Durée.....

Annulation depuis le.....Durée.....

Suivi du S.P.I.P

Obligation de soins

**INTERVENANTS SOCIAUX :**

Assistant(e) Sociale       Educateur       Autres :

**NOM - ADRESSE – Téléphone :**

**MEDECIN TRAITANT :**

Médecin généraliste (Nom, adresse, Téléphone) :

Médecin spécialiste (Nom, adresse, Téléphone) :

**Rappel : joindre la lettre de motivation.**