

Hôpital et
résidence de
Bain-de-Bretagne



Etablissement/ Médecin demandeur

Nom-Prénom :

Tél :

Mail sécurisé :

Service :

**Dossier médical de demande d'admission
en SMR Addictologie Cognitive**

Dossier à adresser à
aurore.cruaud@hstv.mssante.fr ou bain.addictologie@hstv.mssante.fr

Motif de la demande :

évaluation neuropsychologique
 soins neuropsychopathologiques

autre (à préciser)

Date de la demande :

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

N° Portable :

Compréhension langue française oui non

Situation familiale : marié veuf célibataire divorcé vie maritale **Vit seul :** oui non

Nom-prénom du médecin traitant :

Ville :

Téléphone :

Renseignements médicaux

Motif d'hospitalisation en SMR Addictologie de Bain de Bretagne :

Stade motivationnel vis-à-vis de l'addiction :

ATDC de suivi post-cure :

Situation vis-à-vis des substances psychoactives :

	Sevré	Non sevré
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
THC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazépines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (même occasionnel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient hospitalisé actuellement : oui non **si oui, date début d'hospitalisation :** ____/____/____

Motif de l'hospitalisation :

Joindre le CRH

Etat actuel

Etat général : Poids : Taille :

Cardio-vasculaire Cardiopathie oui non
Type : Cardiopathie décompensée oui non

Pulmonaire Dyspnée oui non
Oxygénothérapie oui non
Insuffisance respiratoire chronique oui non

Neurologique Accident vasculaire cérébral Date : ____/____/____
Déficit moteur oui non
Troubles de la déglutition oui non
Troubles de l'équilibre oui non
Troubles du langage oui non

Hépatologie Cirrhose oui non **si oui, Child** _____

Psychique Troubles cognitifs oui non
Troubles du comportement oui non
Préciser (agressivité, cris, fugue...) :

Infection En cours justifiant de mesures d'isolement spécifique oui non
Préciser :

Anomalies biologiques à prendre en compte :

Imageries hépatique et cérébrale à joindre : Echo Fibroscan IRM cérébrale

Traitements en cours >>> Joindre le double de l'ordonnance de traitement

Nom du patient :

 **Dépendance fonctionnelle**

Niveaux (*)	1	2	3	4	Commentaires
Habillement + toilette					
Déplacement					
Alimentation					
Continence					
Relation – Communication					
Comportement					

(*) **Niveau 1** : indépendance complète **Niveau 2** : supervision ou arrangement **Niveau 3** : assistance partielle **Niveau 4** : assistance totale

 **Soins requis**

Soins infirmiers :

Oxygène au long cours oui non

Sonde gastrique oui non

Sonde urinaire ou KT oui non

Stomie urinaire / intestinale oui non

Autre soin infirmier (préciser) :

Mode d'alimentation (hors sonde) : normal régime (préciser)

Kinésithérapie oui non

Orthophonie oui non

Chimiothérapie : oui non

Pansements : oui non

Temps réfection : ___ h ___ mn Fréquence :

Perfusion oui non

HGT oui non

Préciser intervention paramédicaux ci-dessus ou autre :

Devenir présumé du patient

Retour A Domicile Sans changement	Retour A Domicile avec aménagement à prévoir	Orientation en établissements d'hébergement	Situation à réévaluer avec patient et famille
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Coordonnées entourage familial ou personne ressource :

Prise en charge sociale : oui non

Si oui, nom de la personne référente :

Tutelle Curatelle

Mail et téléphone :

Dossier MDPH

Préciser les demandes faites ou en cours :

Pièces à joindre obligatoirement à la demande pour la commission d'admission :

Dépistage cognitif :

MoCA Béarni

CR imagerie

IRM cérébrale Echographie abdominale Fibroscan

CR d'hospitalisation

Addictologie Hépatogastroentérologie Neurologie

Date, signature et cachet du **prescripteur** :