

CORREZE  
CENTRE HOSPITALIER



U. T. M. A.

Unité de Traitement de la Maladie Alcoolique

**UTMA**  
L'Abeille  
19340 MONESTIER MERLINES  
Tél. : 05.55.94.84.59  
Fax : 05.55.94.00.77  
Email : utma@chpe.fr

## DOSSIER DE PRE-ADMISSION

*La prise en charge construite sur les ateliers cognitivo-comportementaux nécessite des capacités cognitives « normales ». Les candidatures avec états de détérioration ou autres états déficitaires ne pourront de ce fait avoir de suite.*

**DOSSIER MEDICO-SOCIAL DE PRE-ADMISSION**

**Service : U.T.M.A. - Les Rouchauds**

**ETAT CIVIL**

**NOM :**

**NOM DE JEUNE FILLE :**

**PRENOM :**

**Sexe :**       Masculin       Féminin

**Date de naissance :**

**Lieu de naissance :**

**Adresse personnelle :**

**Adresse actuelle pour envoi du courrier pour votre éventuelle admission :**  
**(Si différente de l'adresse personnelle)**

**Numéro de téléphone : fixe :**

**portable :**

**Précédente hospitalisation au CHPE ? :**

**oui**, date :

service :

**non**

**MEDECIN TRAITANT (nom, adresse, téléphone) :**

## Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande

**ANTECEDENTS :**

### ETAT GENERAL ACTUEL

**Poids :**

**Taille :**

**IMC :**

**APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE :**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> HTA                | <input type="checkbox"/> Artériopathie des MI : I II III IV | <input type="checkbox"/> Cardiopathie ischémique   |
| <input type="checkbox"/> Troubles du rythme | <input type="checkbox"/> Insuffisance veineuse              | <input type="checkbox"/> Cardiopathie hypertensive |
| <input type="checkbox"/> Stimulateur        | <input type="checkbox"/> Maladie thromboembolique           | <input type="checkbox"/> Cardiopathie valvulaire   |

**APPAREIL RESPIRATOIRE :**

- |                                 |                               |  |
|---------------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> BPCO | <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire |
|---------------------------------|-------------------------------|--|

**SYSTEME NERVEUX :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Troubles de l'équilibre | <input type="checkbox"/> Épisodes convulsifs |
|--|--|

**APPAREIL LOCOMOTEUR :**

- |                                   |                                 |                                |                                 |                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Hanche | <input type="checkbox"/> Genou | <input type="checkbox"/> Rachis | <input type="checkbox"/> Épaule |
|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

**APPAREIL DIGESTIF :**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ulcère gastrique ou duodéal | <input type="checkbox"/> Reflux gastro-œsophagien | <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique |
| <input type="checkbox"/> Cancer digestif             | <input type="checkbox"/> Colopathie               |   |

**APPAREIL URINAIRE ET GENITAL :**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> Pathologie du haut appareil | <input type="checkbox"/> Trouble vésico-prostatique |
|--|--|---|

**PATHOLOGIES METABOLIQUES ET ENDOCRINIENNES :**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète :      | <input type="checkbox"/> ID            | <input type="checkbox"/> NID           |  |
| <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie | <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie | <input type="checkbox"/> Complications |  |

**Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande**

**HEMATOLOGIE dernier bilan complet**

**DERMATOLOGIE :**

**ORL :**

**ETAT PSYCHIQUE (diagnostic) :**

**HISTOIRE DE LA MALADIE :**

**TRAITEMENT (merci de préciser la posologie)**

Prépare seul(e) ses médicaments ? :  oui  non

Régime :  normal  AVK  
 diabétique  anti-ulcéreux  
 sans porc  sans poisson  
 hypolipémiant  sans fromage  
 hypocalorique  végétarien  
 sans résidu  
 riche en fibre  Autre (précisez) :

Kinésithérapie :  oui  non

**EVALUATION DU DEGRE D'AUTONOMIE  
ET DE LA CHARGE EN SOINS**

**ETAT GENERAL :**

	NUL	LEGER	IMPORTANT	MAJEUR
Désorientation temporo-spatiale				
Troubles de la mémoire				
Troubles du caractère/agressivité				
Troubles du sommeil				
État dépressif				
Intoxication tabagique				

**PRISE EN CHARGE ANTERIEURE A L'HOSPITALISATION :**

- CATT  
 Hospitalisation à domicile  
 ANPAA  
 Autre (précisez) :
- CMP  
 Visites à domicile  
 Aucun suivi
- Hôpital de jour  
 Réseau d'addictologie

Secteur concerné :

**Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande**

**ORIENTATION SOUHAITEE (ou Projet) :**

**COMMENTAIRES :**

**REPLI PAR LE DOCTEUR :**

**Cachet :**

**Le**

**Signature :**

**Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire qui nous permettra d'accueillir votre patient dans les meilleures conditions possibles.**

**L'équipe soignante.**

DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS  
ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX

Les renseignements qui vous sont demandés dans ce dossier sont strictement confidentiels.  
Uniquement destinés à mieux vous connaître et à éviter un maximum de démarches fastidieuses, ils ne seront communiqués qu'au personnel autorisé et soumis au secret professionnel.

**Date :**

**Dossier rempli par :**

**Nom :**

**Fonction :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**I. ETAT CIVIL**

**NOM :**

**NOM DE JEUNE FILLE :**

**PRENOM :**

**Date de naissance :**

**Lieu de naissance :**

**Adresse personnelle :**

**Adresse actuelle pour envoi du courrier pour votre éventuelle admission :  
(Si différente de l'adresse personnelle)**

**Numéro de téléphone :**

**II. PROTECTION SOCIALE**

**SECURITE SOCIALE**

Caisse :

Adresse :

N° d'immatriculation :

/---/ /---/---/ /---/---/ /---/---/ /---/---/---/ /---/---/---/ /---/---/

**MUTUELLE**

Caisse :

Adresse :

N° adhérent :

\*\*\*\*\*

Prise en charge du forfait journalier :  oui, durée :  non

Carte d'invalidité  oui  non

Aide au logement  oui  non

Caisse :

N° d'allocataire :

**III. SITUATION FAMILIALE ET SOCIALE**

**Situation professionnelle :**

**Situation de famille :**     célibataire     marié(e)     veuf(ve)     divorcé(e)  
 vit maritalement

**Entourage :** Merci de préciser nom, prénom, adresse et n° de téléphone

**Conjoint :** .....  
.....  
.....

**Enfants :** .....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Personne à prévenir en cas d'urgence (précisez nom, prénom, adresse, téléphone si pas mentionné plus haut) :**

