

## LES CONDITIONS MÉDICALES D'ADMISSION INDISPENSABLES

- 1** Le patient doit être motivé dans une démarche de soins et prêt à respecter le règlement de la clinique.
  
- 2** Le patient doit arriver à Val Pyrène sevré d'alcool.  
Ce sevrage doit être effectué :
  - ▶ soit en établissement de soins, un compte-rendu d'hospitalisation sera demandé lors de l'entrée sur Val Pyrène ;
  - ▶ soit en ambulatoire (sous contrôle et suivi rigoureux de son médecin).
  
- 3** Le patient doit également être sevré de toutes substances toxiques :
  - ▶ Héroïne, cocaïne, LSD, cannabis... ou médicaments contenant des opiacés et apparentés, des amphétamines, à l'exception d'un traitement de substitution médicalement contrôlé.
  
- 4** Le médecin de l'établissement est en droit de refuser l'admission dans le cas contraire.

**Le patient est invité à joindre une lettre de motivation à ce dossier.**

## À savoir...

Si des modifications dans le statut des patients interviennent après l'envoi de ce dossier, vous voudrez bien nous en informer (exemple : malade hospitalisé pour pathologie invalidante, réalcoolisation, etc.)

À RETOURNER À :  
**CLINIQUE VAL PYRÈNE**

Service pré-admission

51 Boulevard François Arago - 66120 FONT-ROMEUE  
Tél : 04 68 68 30 78 30 - Mail : admissions.valpyrene@5-sante.fr



## IDENTITÉ DU PATIENT (Écrire en lettres majuscules)

Nom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom de naissance : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ /  Homme  Femme Tél 1 : \_\_\_\_\_ Tél 2 : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_



## MÉDECIN PRESCRIPTEUR DU SÉJOUR

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_ Port : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_



## BILAN À REMPLIR EXPRESSÉMENT

Retentissement somatique du comportement addictif : \_\_\_\_\_  
Retentissement psychologique du comportement addictif : \_\_\_\_\_  
Retentissement social et judiciaire du comportement additif : \_\_\_\_\_  
Antécédents médicaux et chirurgicaux : \_\_\_\_\_  
Antécédents addictologiques : de quelle nature ? \_\_\_\_\_ Date du sevrage : \_\_\_\_\_  
Y a-t-il un traitement de substitution en cours ? Précisez les doses : \_\_\_\_\_



## PRÉPARATION À L'ENTRÉE À REMPLIR EXPRESSÉMENT

A-t-on expliqué au patient que le séjour dure 6 semaines ? Oui  Non   
Le patient est-il motivé par une redynamisation centrée sur les activités physiques adaptées ? Oui  Non   
Existe-t-il des contre indications à la pratique des activités physiques ?  
Cardio-respiratoire / Fonctionnelles / Autres : \_\_\_\_\_



## CURE(S) ET POST-CURE(S) PRÉCÉDENTES (où et quand)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# FICHE MÉDICALE



## HISTOIRE PERSONNELLE ET FAMILIALE

-----  
-----  
-----



## PATHOLOGIE MÉDICALE ACTUELLE

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

État général : \_\_\_\_\_

Pneumo cardio-vasculaire (BPCO, TA, Cardiopathie, etc.) : \_\_\_\_\_

Neuro (réflexes, épilepsie, polynévrites, etc.) : \_\_\_\_\_

Hépatho-gastro (cirrhose, varices oesophagiennes, etc.) : \_\_\_\_\_

Tabagisme : \_\_\_\_\_

Autres (varices des jambes, fractures, etc.) : \_\_\_\_\_



## PATHOLOGIES ASSOCIÉES

-----  
-----  
-----



## TRAITEMENT MÉDICALE EN COURS

-----  
-----  
-----



## AUTRES OBSERVATIONS ET MOTIVATIONS DU PATIENT

-----  
-----  
-----

Signature et cachet du  
médecin

Signature du patient

Représentant légal de tutelle  
*le cas échéant*

Date: