

**DOSSIER DE CANDIDATURE POUR UNE ADMISSION EN SSR  
ADDICTOLOGIE A LA CLINIQUE LA CONCORDE**

*Les données transmises dans ce dossier sont confidentielles et soumises au secret médical.  
Le dossier de candidature doit être adressé par fax au Secrétariat des Admissions.*

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

**Le patient**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

**Le médecin traitant**

Nom :

Adresse :

Téléphone :

**Motif de demande en SSR**

**Durée prévue de l'accueil en SSR**

**Projets à la sortie du SSR**

Clinique La Concorde  
90 rue Marcel Bourdarias – 94140 Alfortville - Tel : 01.45.18.28.28 - Fax : 01.45.18.28.31  
S.A.S – N° Siret : 301 160 750 00 669  
Email : [secmed-ssr.laconcorde@orpea.net](mailto:secmed-ssr.laconcorde@orpea.net)

1/6

**DOSSIER DE CANDIDATURE POUR UNE ADMISSION EN SSR  
ADDICTOLOGIE A LA CLINIQUE LA CONCORDE**

**RENSEIGNEMENTS SOCIO-PROFESSIONNELS**

*Ces éléments sont indispensables à la préparation du suivi réalisé par l'assistant social.*

**Couverture sociale**

<input type="checkbox"/> S.S	<input type="checkbox"/> CMU	<input type="checkbox"/> AME
<input type="checkbox"/> En cours de validité	<input type="checkbox"/> Demande en cours	<input type="checkbox"/> Mutuelle
<i>Coordonnées de la Mutuelle :</i>		

**Activité professionnelle**

<input type="checkbox"/> En activité	<input type="checkbox"/> Sans activité
--------------------------------------	--

**Personne isolée**

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**Antécédents médicaux**

<input type="checkbox"/> BPCO	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque
<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Hépatite	
<input type="checkbox"/> Autre :		

**Antécédents chirurgicaux**

--

**DOSSIER DE CANDIDATURE POUR UNE ADMISSION EN SSR  
ADDICTOLOGIE A LA CLINIQUE LA CONCORDE**

**Antécédents psychiatriques**

<input type="checkbox"/> Trouble de la personnalité <input type="checkbox"/> Etats dépressifs	<input type="checkbox"/> Troubles psychotiques <input type="checkbox"/> Troubles du comportement
--	---

**Antécédents familiaux**

**Allergies**

**Antécédents en Addictologie**

<input type="checkbox"/> Alcool	<input type="checkbox"/> Tabac	<input type="checkbox"/> Cannabis
<input type="checkbox"/> Héroïne	<input type="checkbox"/> Cocaïne / Crack	
<input type="checkbox"/> Autre :		

**Produits consommés actuellement**

**Sevrage en cours**

<input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Héroïne <input type="checkbox"/> Cocaine / Crack <input type="checkbox"/> Benzodiazepines <input type="checkbox"/> Autre :	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oui</td> <td><input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oui</td> <td><input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oui</td> <td><input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oui</td> <td><input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oui</td> <td><input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oui</td> <td><input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oui</td> <td><input type="checkbox"/> Non</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non														
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non														
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non														
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non														
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non														
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non														
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non														

**DOSSIER DE CANDIDATURE POUR UNE ADMISSION EN SSR  
ADDICTOLOGIE A LA CLINIQUE LA CONCORDE**

**Date de la dernière hospitalisation**

**Nom du service de la dernière hospitalisation**

**Merci de joindre le compte-rendu de la dernière hospitalisation et les résultats d'analyses biologiques.**

**Traitements en cours**

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

**Suivi social**

 Oui  Non

**Suivi psychologique**

 Oui  Non

**Sauvegarde de justice**

 Oui  Non

**Mise sous tutelle**

 Oui  Non

**Régime alimentaire spécifique**

 Intolérance  Sans porc  Casher

**DOSSIER DE CANDIDATURE POUR UNE ADMISSION EN SSR  
ADDICTOLOGIE A LA CLINIQUE LA CONCORDE**

**Autonomie**

1 = OUI / 0 = NON

<b>Cohérence psychologique</b> (parle...)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
<b>Bain</b> (ou douche) Ne reçoit aucune aide ou reçoit de l'aide uniquement pour se laver une partie du corps	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
<b>Habillement</b> Peut s'habiller sans aide à l'exception de lacer ses souliers	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
<b>Toilettes</b> Se rend aux toilettes, utilise les toilettes, arrange ses vêtements et retourne sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur, un bassin ou un urinal pendant la nuit)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
<b>Déplacement</b> Se met au lit et se lève du lit et de la chaise sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
<b>Continence</b> Contrôle fécal et urinaire complet (sans accident occasionnel)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
<b>Alimentation</b> Se nourrit sans aide (sauf pour couper la viande ou beurrer le pain)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
<b>Score total ADL</b> (nombre de réponses "oui" sur les 6 possibles)	

**RÉSULTATS**

- ☒ Un score de 6 indique une fonction complète.
- ☒ Un score de 4 indique une altération modérée.
- ☒ Un score de 2, une altération sévère.



**CLINIQUE LA CONCORDE**

EN OPC 012