

**DEMANDE D'ADMISSION
USCAR
(Unité de Soins Complexes en Addictologie de Reims)**

*Hôpital Sébastopol - 48 rue de Sébastopol - 51092 Reims cedex
Tél : 03 26 61 19 30 - Fax : 03 26 61 19 31
Mail : secretariat.uscar@epsm-marne.fr*

Nom: _____ **Prénom:** _____ **Date de naissance:** _____

Adresse : _____ **Tél :** _____

Médecin ou structure de soins à l'origine de la demande: _____

Date de la demande: _____

Date d'admission souhaitée: _____

Type d'hospitalisation souhaitée:

- Hospitalisation courte pour sevrage
- Programme thérapeutique de 3 semaines

Motif de la demande d'hospitalisation / objectifs / Points particuliers:

Antécédents:

- Médicaux:

- Chirurgicaux:

- Psychiatriques:

- Allergies:

Traitement actuel: (photocopie ordonnance si possible)

État clinique actuel:

- Somatique:

- Psychiatrique:

- Cognitif:

Conduites addictives:

- Tabac:

- Alcool:

