



Bonjour,

Veillez trouver ci-joint un dossier de pré-admission pour le service de cure « oasis » du centre hospitalier de Felleries-Liessies.

Le numéro de téléphone et/ou le mail sont obligatoires pour favoriser nos échanges.

La partie médicale doit impérativement être remplie par un médecin.

Dès réception de ce dossier, accompagné de tous les éléments demandés, un entretien motivationnel sera réalisé par téléphone par un membre de l'équipe.

Pièces à joindre au dossier :

- Photocopie de carte d'identité,
- Photocopie attestation sécurité sociale ou CSS à jour,
- Photocopie attestation mutuelle à jour (vérifier auprès de cette dernière la prise en charge du code DMT 210 et nous envoyer l'accord de prise en charge),
➔ Si pas de prise en charge, vous aurez un reste à charge à payer sur votre séjour de 21 jours de 2789.05 euros
- Photocopie de votre dernière ordonnance médicale (traitement de substitution et autres traitements),
- Derniers documents médicaux en votre possession : bilan sanguin, bilan du psychiatre, compte rendu d'examens ou d'hospitalisation récents...
- Si démarches post cure en cours, les mentionner avec date éventuelle d'entrée,
- Mode de transport envisagé pour votre entrée et sortie :
 - o Véhicule personnel ?
 - o Ambulance ? (Bon de transport aller/retour à demander à votre médecin traitant)
 - o Gare d'Aulnoye-Aymeries ? (Vous y serez accueillis par 2 membres du personnel soignant)

Dossier à nous retourner :

- Par **MAIL** à oasis@ch-felleries-liessies.fr
- Ou par **FAX** au 03/27/56/76/15
- Ou par **COURRIER** à centre hospitalier de Felleries-Liessies, service OASIS, 21 route du Val Joly 59740 Solre-le-Château

Pour toute question vous pouvez nous joindre au 03/27/56/76/16

Merci,
Cordialement,
L'équipe de l'OASIS



M F
Nom :
N.J.F. :
Prénom(s):
Date de naissance :
Nationalité :

Date :
Dossier rempli
par :
.....

ADRESSE ET / OU LIEU DE VIE

Adresse
..... Code Postal
Ville.....
☎ SDF

SITUATION DE FAMILLE

Célibataire Concubinage Divorcé Marié
 Séparé Veuf Enfants

MEDECIN TRAITANT

Dr Tél / Fax
Adresse
Code Postal Ville

PERSONNE A PREVENIR

Lien de parenté
Nom Prénom
Adresse Code Postal.....
Ville ☎

SUIVI EXTERIEUR : SOCIAL , ADDICTOLOGUE, PSYCHOLOGUE, PSYCHIATRE

.....
.....



SITUATION SOCIALE

Joindre copie de l'attestation de sécurité sociale et mutuelle à jour

MESURE DE PROTECTION

Sauvegarde oui non

Curatelle oui non

Tutelle oui non

TUTEUR OU CURATEUR ORGANISME DE TUTELLE

Adresse

Code Postal..... Ville.....

☎..... Fax.....

SITUATION PROFESSIONNELLE

Activité professionnelle OUI NON

Si oui : Profession

En Arrêt de travail depuis le Sans emploi

Demandeur d'emploi Invalidité Retraité

RAPPORTS AVEC LA JUSTICE

OBJECTIFS ET MOTIVATIONS (à remplir par le patient + lettre de motivation)

1. Qu'est-ce-que vous consommez comme produits actuellement ? Quelle quantité et à quelle fréquence ?
2. Quels objectifs souhaitez-vous après la cure ? Abstinence ou consommation contrôlée ?
3. Qu'est-ce qui motive votre démarche de soins aujourd'hui ?



PARTIE MEDICALE

À remplir par un médecin ou structure de suivi

Nom : _____ Cachet : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____

Nom patient : _____ Prénom : _____ Poids : _____ Taille : _____

OBJECTIFS DU SEJOUR

Sevrage ? produits consommés ?

SUIVI OU PRECEDENTS HOSPITALISATIONS EN ADDICTOLOGIE

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX : Maladie, Interventions, Examens, Allergies

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

Joindre compte-rendu d'hospitalisation ou de consultation

TRAITEMENT EN COURS :

Joindre copie des dernières ordonnances ainsi qu'un bilan sanguin récent

DEVENIR après la cure (poursuite de soins ou retour à domicile ?)
