



DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL

→ À faire compléter impérativement par le Médecin prescripteur du séjour en SSRA et à retourner sous pli fermé à l'attention du Médecin de l'Etablissement

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ F M

Demande un séjour de 7 semaines 13 semaines 4 semaines (Rappel) HDJ

I. ADDICTIONS EN COURS

- ALCOOL
- TABAC
- THC
- TSO
- MEDICAMENTS
- HEROINE
- COCAINE
- AUTRES

→ Sevrage : du ____ / ____ / ____ Au ____ / ____ / ____

II. COORDONNEES

1. COORDONNEES DU MEDECIN PRESCRIPTEUR DU SEJOUR

Nom : _____

Adresse _____

Tél : _____

E-mail : _____

2. SERVICE HOSPITALIER EFFECTUANT LE SEVRAGE

Nom : _____

Adresse _____

Tél : _____

E-mail : _____

3. EN CAS DE DIFFICULTES, COORDONNEES DU SERVICE REPRENEUR

Nom : _____

Adresse _____

Tél : _____

E-mail : _____

4. MEDECIN ET/OU CSAPA ET/OU SERVICE ASSURANT UN SUIVI ADDICTOLOGIQUE ANTERIEUR A L'ADMISSION DU PATIENT

OUI NON

SI OUI

Nom : _____

Adresse _____

Tél : _____

E-mail : _____

5. MEDECIN TRAITANT

Nom : _____

Adresse _____

Tél : _____

E-mail : _____

6. PREVISION SUIVI CSAPA A LA SORTIE OUI NON

SI OUI

Nom : _____

Adresse _____

Tél : _____

E-mail : _____

III. HISTOIRE DE LA CONDUITE ADDICTIVE

→ Historique des consommations :

Produit consommé _____ Début consommation _____

Produit consommé _____ Début consommation _____

Produit consommé _____ Début consommation _____

Produit consommé _____ Début consommation _____

Produit consommé _____ Début consommation _____

Si Traitement de substitution aux opiacés prescrit :

- Buprénorphine Dosage : _____ Année début de traitement _____ Mésusage Oui Non
 Méthadone Dosage : _____ Année début de traitement _____ Mésusage Oui Non
 Suboxone Dosage : _____ Année début de traitement _____ Mésusage Oui Non

→ Périodes d'hospitalisation pour sevrages antérieurs à la présente demande : oui non

Si oui, dates et lieux _____

→ Séjours en SSRA en addictologie ou autres postcures antérieures : oui non

Si oui, dates et lieux _____

→ Obligation de soins ou injonction thérapeutique en cours : oui non

Si oui durée :

Coordonnées du SPIP qui assure le suivi :

Nom : _____

Adresse _____

Tél : _____

E-mail : _____

IV. ANTECEDENTS

→ **MEDICAUX/CHIRURGICAUX :**

→ **ALLERGIES CONNUES, CONTRE- INDICATIONS MEDICAMENTEUSES :**

Fondation de la maison du Diaconat de Mulhouse

Etablissement reconnu d'utilité publique par décret impérial du 14 juillet 1865

www.diaconat-mulhouse.fr

Dossier médicale

Version : Janvier 2017

Page 3 sur 7

 : 03.88.05.47.20  : 03.88.05.47.21  contact.walk@diaconat-mulhouse.fr

→ **GYNECO-OBSTETRIQUE (LE CAS ECHEANT) :**

→ **MEDICO-LEGAUX :**

→ **Neurologiques (épilepsie, encéphalopathies, neuropathie périphérique, ...)**

Oui non

Si oui, préciser : _____

Coordonnées du neurologue : _____

→ **Psychiatriques :** Oui non

Si oui, préciser : _____

Antécédents de passage à l'acte suicidaire : oui non

Actuellement, suivi psychiatrique : oui non Si oui, lequel :

Traitement psychiatrique en cours :

Coordonnées du psychiatre prescripteur : _____

Fondation de la maison du Diaconat de Mulhouse

Etablissement reconnu d'utilité publique par décret impérial du 14 juillet 1865

www.diaconat-mulhouse.fr

Dossier médicale

Version : Janvier 2017

Page 4 sur 7

 : 03.88.05.47.20

 : 03.88.05.47.21

 contact.walk@diaconat-mulhouse.fr

→ **Familiaux en rapport avec l'addiction :**

→ **Statut Sérologique (VIH, VHC et VHB) (*joindre les résultats*) :**

HEPATITE B Négatif Positif Date du dernier test : _____
HEPATITE C Négatif Positif Date du dernier test : _____
HIV Négatif Positif Date du dernier test : _____

→ BILAN HEPATIQUE : Date de la dernière biopsie : _____

(Joindre les copies des résultats)

FIBROSCAN

Date : _____

Résultats : _____

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Date : _____

Résultats : _____

→ **VACCINATIONS**

VAT OUI NON HVB OUI NON Dates de vaccination : _____

OU COPIE DU CARNET DE VACCINATION

V. PATHOLOGIES EN COURS

JOINDRE UNE COPIE DES BILANS EFFECTUES (SANGUINS, RADIOLOGIQUES, CARDIOLOGIQUES, ECHOGRAPHIE, IMAGERIE IRM, SCANNERS, RADIOS, SOINS DENTAIRES, CONSULTATIONS SPECIALISTES, AUTRES...)

CE PATIENT A-T-IL DES EXAMENS SPECIALISES PROGRAMMES OUI NON

SI OUI LESQUELS ?

A QUELLES DATES _____

POUR QUELLES RAISONS _____

LIEU _____

Fondation de la maison du Diaconat de Mulhouse

Etablissement reconnu d'utilité publique par décret impérial du 14 juillet 1865

www.diaconat-mulhouse.fr

Dossier médicale

Version : Janvier 2017

Page 5 sur 7

 : 03.88.05.47.20

 : 03.88.05.47.21

 contact.walk@diaconat-mulhouse.fr

VI. ETAT CLINIQUE

Fonctions locomotrices (autonomie)

Examen clinique – ETAT GENERAL

→ Contre-indications aux activités sportives : oui non

Si oui lesquelles : _____

→ Régime alimentaire : _____

VII. TRAITEMENT EN COURS

JOINDRE 1 ORDONNANCE DE MOINS D'UN MOIS

Fondation de la maison du Diaconat de Mulhouse

Etablissement reconnu d'utilité publique par décret impérial du 14 juillet 1865

www.diaconat-mulhouse.fr

Dossier médicale

Version : Janvier 2017

Page 6 sur 7

 : 03.88.05.47.20  : 03.88.05.47.21  contact.walk@diaconat-mulhouse.fr

Joindre également :

- Résultats biologiques et sérologiques
- ECG si traitement pour pathologies cardiovasculaires ou méthadone
- Echographie abdominale
- Dossier transfusionnel (le cas échéant)
- Antécédents de dosage de BMR ou contact avec personnes

Date : _____

**Signature, adresse et
Cachet du médecin prescripteur**

Fondation de la maison du Diaconat de Mulhouse

Etablissement reconnu d'utilité publique par décret impérial du 14 juillet 1865

www.diaconat-mulhouse.fr

Dossier médicale

Version : Janvier 2017

Page 7 sur 7

 : 03.88.05.47.20  : 03.88.05.47.21  contact.walk@diaconat-mulhouse.fr