



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. COORDONNÉES

1. COORDONNÉES DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR DU SÉJOUR

Nom : _____

Adresse _____

Tél : _____

E-mail : _____

2. SERVICE HOSPITALIER EFFECTUANT LE SEVRAGE

Nom : _____

Adresse _____

Tél : _____

E-mail : _____

3. EN CAS DE DIFFICULTÉS, COORDONNÉES DU SERVICE REPRENEUR

Nom : _____

Adresse _____

Tél : _____

E-mail : _____

4. MÉDECIN ET/OU CSAPA ET/OU SERVICE ASSURANT UN SUIVI ADDICTOLOGIQUE ANTÉRIEUR À L'ADMISSION DU PATIENT

• OUI • NON

SI OUI

Nom : _____

Adresse _____

Tél : _____

E-mail : _____

5. MÉDECIN TRAITANT

Nom : _____

Adresse _____

Tél : _____

E-mail : _____

6. PRÉVISION SUIVI CSAPA À 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. ANTÉCÉDENTS

→ **MÉDICAUX/CHIRURGICAUX :**

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

→ **GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE (LE CAS ÉCHÉANT) :**

→ **MÉDICO-LÉGAUX :**

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

Oui non

Si oui, préciser : _____

Coordonnées du neurologue : _____

→ **Psychiatriques :**

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 : _____

→ **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** _____ Dates de vaccination :

VAT OUI NON HVB OUI NON OU COPIE DU CARNET DE VACCINATION

V. PATHOLOGIES EN COURS

JOINDRE UNE COPIE DES BILANS EFFECTUÉS (SANGUINS, RADIOLOGIQUES, CARDIOLOGIQUES, ÉCHOGRAPHIE, IMAGERIE IRM, SCANNERS, RADIOS, SOINS DENTAIRES, CONSULTATIONS SPÉCIALISTES, AUTRES...)

CE PATIENT A-T-IL DES EXAMENS SPÉCIALISÉS PROGRAMMÉS OUI NON

SI OUI LESQUELS ?

A QUELLES DATES _____

POUR QUELLES RAISONS _____

LIEU _____

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

Pièces à joindre

JOINDRE 1 ORDONNANCE DE MOINS D'UN MOIS

Joindre

- Résultats biologiques
- 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 et adresse

Cachet du médecin prescripteur