



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 : _____

Fondation de la maison du Diaconat de Mulhouse

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

www.diaconat-mulhouse.fr

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 _____

Fondation de la maison du Diaconat de Mulhouse

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

www.diaconat-mulhouse.fr

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 (joindre si possible dernier compte-rendu d'hospitalisation) _____

→ 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

→ GYNECO-OBSTETRIQUE (LE CAS ECHEANT) :

→ MEDICO-LEGAUX :

→ NEUROLOGIQUES (EPILEPSIE, ENCEPHALOPATHIES, NEUROPATHIE PERIPHERIQUE...)

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

→ FAMILIAUX EN RAPPORT AVEC L'ADDICTION :

→ STATUT SEROLOGIQUE (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

STATUT VACCINAL COVID 19 : _____

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

→ **AFFECTION LONGUE DUREE (ALD)** : Oui non

Si oui, préciser pour quelle pathologie : _____

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

Joindre également :

- Résultats biologiques avec le DFG et sérologiques (hépatite B, C et HIV)
- ECG (si traitement pour pathologies cardiovasculaires ou méthadone)
- Echographie abdominale
- Dossier transfusionnel (le cas échéant)
- Antécédents de dosage de BMR ou contact avec personnes
- Copie de la dernière injection du vaccin COVID19 si patient(e) vacciné(e)

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