

DOSSIER MEDICAL (CONFIDENTIEL)

A compléter par le médecin

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Coordonnées du médecin adressant le patient :

NOM :

PRENOM :

Structure :

Adresse :

Téléphone :

FAX :

Adresse email :

Si différent, coordonnées du médecin traitant :

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Téléphone :

FAX :

Adresse email :

1. ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :

- Personnels :

--

- Familiaux :

--

- Allergies :

--

2. VACCINATIONS

	DTP C	BCG	Hépatite B
Dates des dernières vaccinations			

3. SEROLOGIES

	HIV	HVB	HVC
Dates des derniers tests			
Résultats			
Commentaires			

4. VOLET PSYCHIATRIQUE

- Historique psychiatrique personnel :

--

- Pathologie psychiatrique (hors addiction) stabilisée avec traitement ? Non Oui

Si oui, depuis quand ?

- Suivi psychiatrique en cours : Non Oui

- => Indiquez ci-dessous les coordonnées du médecin :

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Téléphone :

FAX :

Adresse email :

- **Traitement psychiatrique en cours** : Non Oui

- =>Indiquez ci-dessous les coordonnées du médecin prescripteur si différent du médecin chargé du suivi psychiatrique :

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Téléphone :

FAX :

Adresse email :

- **Antécédents psychiatriques familiaux** :

--

5. HOSPITALISATIONS

	Dates	Nombres	Lieux	Commentaires
<input type="checkbox"/> TS				
<input type="checkbox"/> Hospitalisation en psychiatrie <input type="radio"/> Sevrage <input type="radio"/> Maladie Psy				
<input type="checkbox"/> SPDT Soins psychiatriques à la demande d'un tiers				
<input type="checkbox"/> SPDRE Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat				

6. TRAITEMENTS EN COURS (dont la substitution)

Médicaments	Indications	Date de commencement du traitement	Posologie

ADDICTIONS

Produits	Diagnostic addictologique (dépendance, usage nocif, usage à risque,...)	Type de consommation (injection, sniff, fumé,...)	Age de début de la consommation problématique	Consommation active / date de rémission si arrêt	Commentaires

Historique des consommations

Prises en charge addictologique passées et en cours :

Dates	En ambulatoire	En résidentiel

Quels sont les objectifs de soin recherchés par le demandeur ?

--

Date, signature et cachet du médecin :