

**Accueil et soins résidentiels**  
**« LA ROBERTSAU »**  
**Appartements Thérapeutiques Relais**  
**1, Chemin de l'Anguille**  
**67000 STRASBOURG**  
 ☎ 03 88 31 33 45  
 Fax : 03 88 31 44 48

# FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

*Dossier à faire parvenir au médecin des ATR à l'adresse citée ci-dessus*

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse actuelle : .....

.....

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

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN TRAITANT

OU DU MEDECIN ADRESSANT LE PATIENT

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

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

☎..... ☎..... email.....@.....

## SUIVI MEDICAL

**HISTORIQUE DE LA TOXICOMANIE** : produits consommés et sous quelle forme

Année : ..... Produit consommé..... forme.....

Année : ..... Produit consommé..... forme.....

Année : ..... Produit consommé..... forme.....

Année : ..... Produit consommé..... forme.....

Année : ..... Produit consommé..... forme.....

Si **T**raitement de **S**ubstitution aux **O**piacés prescrit :

Subutex®  dosage..... année du début du traitement : .....

Méthadone  dosage..... année du début du traitement : .....





Médecin prescripteur ou structure prescriptrice CSAPA (nom du médecin)

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

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

..........email.....@.....

Antécédents médicaux ou/et chirurgicaux :

TAILLE.....POIDS.....

.....

.....

Allergies connues, contre-indications médicamenteuses :

.....

Antécédents psychiatriques:

.....

.....

Hospitalisation sous contrainte :  Non  Oui

Si oui préciser : H.D.T.  ou H.O.

Actuellement suivi psychiatrique  Non  Oui

Un traitement psychiatrique a-t-il été prescrit  Non  Oui... si oui : lequel.....

.....

.....

Si oui : qu'est-ce qui, dans la pathologie de ce patient, a donné lieu à l'initialisation de ce traitement ?

.....

.....

Coordonnées du médecin prescripteur de ce traitement

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

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

..........email.....@.....

**SEROLOGIE**

*Si un bilan biologique a été effectué récemment, joindre la photocopie des résultats*

HEPATITE B.             Négatif     Positif    Date du dernier test.....  
HEPATITE C.             Négatif     Positif    Date du dernier test.....  
HIV                       Négatif     Positif    Date du dernier test.....

**VACCINS**

*Tétanos, hépatite B, autres (Dates vaccination si connues)*

.....  
.....  
.....

**SEVRAGES**

Non                       Oui – Dates et lieux :

.....  
.....  
.....

*Avez-vous prévu un sevrage hospitalier avant l’entrée dans notre établissement ?*

Non                       Oui – Dates et lieux : .....

**POSTCURES**

Y a-t-il eu des postcures antérieures :     Non             Oui

Si oui combien :.....

**TRAITEMENT ACTUEL**

*Traitement à poursuivre en postcure (dosage et posologie)*

.....  
.....  
.....

**PRATIQUES SPORTIVES**

.....

Contre-indication au sport :  Non  Oui – Laquelle :

.....

Date : ..... à .....

Nom et signature du médecin

Cachet du médecin