

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.....

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