

« Accueil, Accompagnement et soins résidentiels Collectifs »
1, Chemin de l'Anguille
67000 STRASBOURG

A envoyer à :
admission.pole.residentiel@alt-67.org

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

Dossier à faire parvenir sous pli confidentiel au médecin du centre de postcure 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 :
Tél. : Fax : mail : @

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 Traitement de Substitution aux Opiacés 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 :

Tél. : Fax : mail : @

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 :

Tél. : Fax : mail : @

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 (avec dates de 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 : lieu :

Nom et signature du médecin

Cachet du médecin