

Accueil et soins résidentiels « Accompagnement individuels »

Appartements Thérapeutiques Relais

13 rue Villa Lana

67000 STRASBOURG

A envoyer à :

admission.pole.residentiel@alt-67.org

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 :

.....
.....

Ale.....

Nom et signature du médecin

Cachet du médecin