

Accueil et soins résidentiels
« Accompagnement individuels »
Appartements Thérapeutiques Relais
1, Chemin de l'Anguille
67000 STRASBOURG

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.	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif	Date du dernier test.....
HEPATITE C.	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif	Date du dernier test.....
HIV	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> 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