

DOSSIER MEDICAL – CTR LA LEVEE

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Coordonnées du médecin adressant le patient

NOM :

PRENOM :

Structure :

Adresse :

Téléphone:

FAX :

Adresse email :

Si différent, coordonnées du médecin traitant

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Téléphone:

FAX :

Adresse email :

1. ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :

- Personnels :

- Familiaux :

- **Traitement psychiatrique en cours** : • Non • Oui

 Indiquez ci-dessous les coordonnées du médecin prescripteur si différent du médecin chargé du suivi psychiatrique :

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Téléphone :

FAX :

Adresse email :

- **Antécédents psychiatriques familiaux** :

5. HOSPITALISATIONS

	Dates	Nombres	Lieux	Commentaires
<input type="checkbox"/> TS				
<input type="checkbox"/> Hospitalisation en psychiatrie <input type="checkbox"/> Sevrage <input type="checkbox"/> Maladie Psy				
<input type="checkbox"/> SPDT Soins psychiatriques à la demande d'un tiers				
<input type="checkbox"/> SPDRE Soins psychiatriques à la demande d'un Représentant de l'Etat				

6. TRAITEMENTS EN COURS (dont la substitution)

Médicaments	Indications	Date de commencement du traitement	Posologie

ADDICTIONS

Produits	Diagnostic addictologique (dépendance, usage nocif, usage à risque...)	Type de consommation (injection, sniff, fumé...)	Age de début de la consommation problématique	Consommation active / date de rémission si arrêt	Commentaires

Historique des consommations

Prises en charge addictologique passées et en cours :

Dates	En ambulatoire	En résidentiel

Quels sont les objectifs de soin recherchés par le demandeur ?

Date, signature et médecin :