

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**  
**à faire remplir par le médecin adresseur**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

---

**ADDICTIONS :**

• Addictions ou usages problématiques actuels :

*(ex : alcool, cannabis, opiacés, cocaïne, tabac, nouvelles drogues de synthèse, médicaments...), y compris comportementale (trouble en lien avec l'alimentation, sport, paris/jeux en lignes ou d'argent)*

1°) \_\_\_\_\_

2°) \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

• Addictions ou usages problématiques passés :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Objectif addictologique envisagé par le patient :

*(Abstinence, réduction des risques et des dommages, coupure d'avec un environnement défavorable)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Histoire de la problématique addictive / addiction :

*(Nombre d'année de problématique de dépendance, antériorité des prises en charges, expérience d'abstinence)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Hospitalisation antérieures (psychiatrie/addicto) :

DATES	LIEU	MOTIF	DUREE

**SANTE :**

Indiquer tous les problèmes de santé pour lesquels le patient est suivi, ou devrait être suivi, tels que :

• Médicaux :

*(problèmes respiratoires, problèmes digestifs, problème endocrinologique...)*

---

---

---

---

• Chirurgicaux :

*(orthopédique, vasculaire...)*

---

---

---

---

• Cognitifs :

*(Éléments repérés, ou suspectés, test réalisé (MOCA ou autre...), difficulté dans la planification des tâches administratives, troubles de la mémoire...)*

---

---

---

---

• Psychiatrique suspecté ou diagnostiqué :

*(Troubles neurodéveloppementaux tels que syndrome d'alcoolisation fœtal, trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, trouble de la personnalité, troubles psychotiques, trouble anxio dépressifs, trouble du spectre de l'autisme, ATCD de tentative de suicide)*

---

---

---

---

### PREVENTION :

- Dépistage maladies virales

- Affection VIH :

Date du dernier test : \_\_/\_\_/\_\_

Résultat du dernier test : \_\_\_\_\_

- Hépatite C :

Date du dernier test : \_\_/\_\_/\_\_

Résultat du dernier test : \_\_\_\_\_

Si séropositivité :       Traitée                       Non traitée

- Hépatite B :

Date du dernier test : \_\_/\_\_/\_\_

Résultat du dernier test : \_\_\_\_\_

Si séropositivité :       Guérie                       Non guérie

- Syphilis :

Date du dernier test : \_\_/\_\_/\_\_

Résultat du dernier test : \_\_\_\_\_

- Vaccinations connues :

DTCPa : \_\_/\_\_/\_\_

VHB : \_\_/\_\_/\_\_

Pneumocoque : \_\_/\_\_/\_\_

ROR : \_\_/\_\_/\_\_

- Quels sont les suivis des troubles somatiques ou troubles psychiatriques en cours ?

---

---

---

- Quels contacts ont été pris sur le territoire de Valence pour assurer le relais ?

*(Pour rappel, les ATR ne sont pas des appartements de coordination thérapeutique, et du fait des problèmes de démographies médicales, des difficultés à poursuivre un suivi somatique ou psychiatrique sont à envisager)*

---

---

---

**STATUT MEDICO SOCIAL :**

- Reconnaissance MDHP : Copie du volet médical MDPH si reconnaissance établie

Motif : : \_\_\_\_\_

Date de début : \_\_/\_\_/\_\_

Date de fin (si en cours) : \_\_/\_\_/\_\_

- ALD :

Motif : : \_\_\_\_\_

Date de début : \_\_/\_\_/\_\_

Date de fin (si en cours) : \_\_/\_\_/\_\_

- Antériorité du suivi si orientation par une équipe pluriprofessionnelle :  
(Savoir si le patient n'est connu que depuis quelques semaines ou depuis plusieurs années)

---

---

- Quelle est l'attente des professionnels médicaux en orientant le patient sur ce territoire :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Joindre impérativement un certificat d'aptitude à la pratique sportive
- Prévoir d'amener 7 jours de traitement, en attendant la consultation médicale
- Joindre le compte-rendu d'hospitalisation récent
- Joindre l'ordonnance des traitements en cours

**Signature et tampon du médecin adresseur**