



FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX à faire remplir par le médecin adresseur

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

ANTECEDENTS

Médicaux : _____

Chirurgicaux/Traumato : _____

Parcours de soins addictologiques : _____

Tentative de suicide : _____ Si oui, combien : _____

Psychiatrie :

- Hospitalisation antérieure : Oui Non*

Si oui, précisez (le nombre, la date, le lieu, la durée, le motif...) :

- Suivi en cours : Oui Non*

- Pathologie avérée : Oui Non*

Laquelle : _____

Démarches de soins antérieures (sevrage, post-cure, communauté thérapeutique) :

Allergies connues : _____

Vaccinations à jour : Oui Non Incomplète*

SEROLOGIES

Affection VIH :

- Test effectué : Oui Non*
Si oui, date dernier test : _____
Résultat du dernier test : _____

Hépatite C :

- Test effectué : Oui Non*
Si oui, date dernier test : _____
Résultat du dernier test : _____
- Si séropositivité : Traitée Non traitée*

Hépatite B :

- Test effectué : Oui Non*
Si oui, date dernier test : _____
Résultat du dernier test : _____
- Si séropositivité : Guérie Non guérie*

TRAITEMENTS (joindre l'ordonnance en cours) :

Médicaments :	Posologie :	Début du traitement :
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

- **Prévoir d'amener 7 jours de traitement, en attendant la consultation médicale**
- **Rappeler au patient que les traitements seront délivrés quotidiennement au centre au départ (cf règlement)**

Nom et adresse du médecin traitant

Signature et tampon du médecin adresseur