



Centre Thérapeutique Résidentiel « Thianty »

## FICHE COMPLÉMENTAIRE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom et téléphone du médecin qui remplit la fiche :

NOM de l'usager : ..... PRENOM de l'usager : .....

### AFFECTION VIH :

Test sérodiagnostic effectué :      Oui                  Non

Date du test le plus récent : .....

Ce test est :      séropositif      séronégatif      en attente résultat

### HÉPATITE B :

Test sérodiagnostic effectué :      Oui                  Non

Si oui, date du dernier test : .....

                          Oui                  Non  
positif            négatif            en attente de résultat

Si séropositif :      non guérie                  guérie

Vaccination :      Oui                  Non                  Incomplète

### HÉPATITE C :

Test sérodiagnostic effectué :      Oui                  Non

Si oui, date du dernier test : .....

Le test le plus récent est :      positif                  négatif                  en attente de résultat

Traitée      Non traitée

### TENTATIVE DE SUICIDE :

Avant toxicomanie :      Oui                  Non                  Depuis toxicomanie :      Oui                  Non



**PSYCHIATRIE :**

Hospitalisation antérieure : Oui Non

Suivi par psychiatre en cours : Oui Non

Un diagnostic psychiatrique a-t-il été établi? Oui Non

**Troubles en cours de traitement :**

- troubles du sommeil Oui Non

- troubles de l'humeur:  
- troubles dépressif Oui Non  
- irritabilité, agitation Oui Non  
- troubles anxieux Oui Non

- troubles de la personnalité Oui Non

- autres ?

**TRAITEMENTS EN COURS :**

Médicaments	Début prescription	Posologie	Voie d'adm.	Effets recherchés

**Joindre :**

- 1 photocopie de l'ordonnance actuelle

- 1 attestation médicale de non contre indication à la pratique de la marche en montagne, du badminton et de la natation.