

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
à faire remplir par le médecin adresseur
Et à adresser à l'équipe médicale tempo@oppelia.fr

NOM : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

ANTECEDENTS

Médicaux : _____

Chirurgicaux: _____

Traumatiques : _____

- Handicap physique : Oui Non*

Si oui lequel : _____

Tentative de suicide : _____ Si oui, combien : _____

Hospitalisation antérieures (psychiatrie/addicto) :

DATES	LIEU	MOTIF	DUREE

- Pathologie psychiatrique avérée : Oui Non*

Laquelle : _____

- Suivi en cours : Oui Non*

Démarches de soins antérieures (post-cure, communauté thérapeutique, suivi CSAPA, AT...) :

Allergies connues : _____

Vaccinations à jour (DTP/VHB): Oui Non Incomplète*

* Rayer la mention inutile

SEROLOGIES

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*

TRAITEMENTS (joindre l'ordonnance en cours) :

Médicaments :	Posologie :	Date de début :	Mésusages ou abus Repérés :
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

Avez-vous des remarques (avis) concernant cette candidature :

- Joindre impérativement un certificat d'aptitude à la pratique sportive
- **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)**
- Joindre le compte-rendu d'hospitalisation récent

Nom et adresse du médecin traitant

Signature et tampon du médecin adresseur