



FICHE de RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom et téléphone du médecin qui remplit la fiche :

NOM de l'usager : **PRENOM de l'usager** :

AFFECTION VIH :

Test sérodiagnostique effectué : Oui Non

Date du test le plus récent :

Ce test est : séropositif séronégatif en attente résultat

HÉPATITE B :

Test sérodiagnostique 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 sérodiagnostique 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 le comportement addictif: Oui Non Depuis l'addiction: 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

Merci de Joindre au dossier:

- 1 photocopie de l'ordonnance actuelle

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

PS: Le médecin du centre pourra être amené à vous contacter.