



N° DOSSIER

Date création

Créateur

Date archivage

Intervenant responsable

Informations Administratives

Usagé

Civilité M. Mme Mlle L'enfant
 Prénom
 Nom
 Sexe
 Masculin Féminin

Nom de jeune Fille
 Date de naissance
 Lieu de naissance

Adresse ligne 1
 Adresse ligne 2
 Code postal
 Ville
 Quartier

Téléphone domicile
 Téléphone portable
 Télécopie ou Téléphone bureau
 E-mail

Commentaire

Assurance

N° Matricule
 Régime
 Sous régime
 Assuré Nom
 Assuré Prénom
 Caisse

Mutuelle complémentaire

Prise en charge

Origine de la prise en charge:

Le patient lui-même Amis
 Famille Médecin Ville traitant
 Médecin Ville spécialiste CSST ou
 addictologie CCAA UA

Prise en charge antérieur liée à l'usage de substances psychoactives:

Jamais été pris en charge
 Déjà pris en charge (pas actuellement)
 Suivi actuellement Ne sais pas

Année première prise en charge :
 Date de début de la prise en charge actuelle :

Entourage (famille, amis, ...) Pour plus de détail renseignez une fiche Entourage par consultant

Type	Identité	Date début	Date Fin		N° Fiche

Professionnels hors centre Pour plus de détail se reporter au répertoire des correspondants

Type	Identité	Date début	Date Fin		N° Fiche

Histoire Médicale Actualisée

Objet de la demande Alcool Tabac Substances psycho-actives Médicaments
 Sociale Médicale Prévention Nutrition

Type Antécédent Dépendance Dépistage Problème Antécédent familial - Parenté
 Pathologie / diagnostic CIM 10
 Début
 Fin/consolidation..... Significatif.....
 Note

Type Antécédent Dépendance Dépistage Problème Antécédent familial - Parenté
 Pathologie / diagnostic CIM 10
 Début
 Fin/consolidation..... Significatif.....
 Note

Type Antécédent Dépendance Dépistage Problème Antécédent familial - Parenté
 Pathologie / diagnostic CIM 10
 Début
 Fin/consolidation..... Significatif.....
 Note

Type Antécédent Dépendance Dépistage Problème Antécédent familial - Parenté
 Pathologie / diagnostic CIM 10
 Début
 Fin/consolidation..... Significatif.....
 Note

Type Antécédent Dépendance Dépistage Problème Antécédent familial - Parenté
 Pathologie / diagnostic CIM 10
 Début
 Fin/consolidation..... Significatif.....
 Note

Type Antécédent Dépendance Dépistage Problème Antécédent familial - Parenté
 Pathologie / diagnostic CIM 10
 Début
 Fin/consolidation..... Significatif.....
 Note

Traitements

Traitements de substitutions des opiacés Non Oui, Méthadone Oui, Subutes Autre (sulfate de morphine, ...) Ne sait pas

Date début de traitement: / / .

Autre traitement en cours Acamprosate Naltrexone Antabuse Substituts nicotinique Bupropions
 Anxiolytiques Hypnotiques Antidépresseur Neuroleptiques

produits consommés

Produits	Mode habituel	Fréquence de consommation	usage /dépendance	Age

Diagnostic médical alcoologique

- Tremblement Oui Non NSP
Pituite matinale Oui Non NSP
Hépatomégalie Oui Non NSP
Trouble équilibre Oui Non NSP
Polynévrte Oui Non NSP

Diagnostic social

- Situation Célibataire Divorcé
Marié Veuvage NSP
Enfants A charge Autonome
Logement Durable Provisoire
SDF Etablissement pénitenciaire
Ress. finance AAH ASSEDIC RMI
 Retraites Emplois Invalidité Tiers
Autre
Insertion Oui Non NSP
Commentaire

Conditions sociales

- Catégorie socio-professionnelle
 Agriculteur Artisan, commerçant Cadre prof.
libérale Profession intermed. Employé Ouvrier
 Retraité Sans-prof. Ne sait pas

Niveau d'étude

Logement

- Durable Indépendant Durable chez les proches
 Durable en institution Provisoire chez les proches
 Provisoire en institution Provisoire : autres
 Etablissement pénitenciaire SDF Ne sait pas

Entourage

- Vit seul Vit avec ses parents Vit seul avec
enfant(s) Vit avec un conjoint seulement Vit avec
un conjoint et enfant(s) Vit avec des amis Autre
 Ne sait pas

Origine principale ressources

- Revenus d'emplois Retraites Pensions invalidité
 ASSEDIC RMI Allocation adulte handicapé
Autre prestations sociales ressources provenant d'un
tiers Autres ressources Sans revenu Ne sait pas

Situation professionnelle

- Activité rémunérée Activité rémunérée intermit-
tente Chômage Etudiant, élève, stage non renu-
méré Retraité Autre inactif Ne sait pas

Couverture social

- Affilié sécurité sociale Non-affilié Ne sait pas

Si affilié sociale

- CMU ALD AME

Couverture complémentaire

Diagnostic alcoologique

- Contexte Seul Convivial NSP
Produits Vin Bière Alcool fort
Conso. Alcool Abstinence Contrôle
 Non contrôle Non contrôle occasionnel
Quantité alcool

- Atcads soins Ambulatoire MAB
U.H.A Hospitalier

Diagnostic psychologique

- Troubles Dépression Idées suicidaires

Délires

- Nutrition Autre

Scores

Hamilton Date

HARD H A R D..... Date

.....

Habitude d'usage

Si consosommation alcool quotidienne	nbre verres/ jour	
Nbre d'ivresse alcool	par mois	
Si consommation de tabac quotidienne	nbre cigarettes/ jour	
Si consommation cannabis quotidienne	nbre joints/ jour	

Utilisation antérieure (seringue)

- Oui, au cours du mois passé Oui, antérieurement
(pas dans le mois) Jamais Ne sait pas

Age de la première injection:

Partage des seringues

- Jamais Presque jamais Occasionnellement
 Régulièrement Ne sait pas

antécédents psychiatrique/incarcération.

Hospitalisations antérieurs

- Oui Non Ne sait pas . Nbre

Tentatives de suicides

- Oui Non Ne sait pas . Nbre

Incarcérations

- Oui Non Ne sait pas . Nbre

Durée en mois

Consultations / Contacts

Date Direct Téléphone Courrier Messagerie RDV annulé RDV non honoré

Lieu Initiateur Récepteur Motif

Observation

.....

.....

Décisions Suivi régulier Sevrage ambulatoire Hospitalisation Etablissement cure autre

Intervenants

Date Direct Téléphone Courrier Messagerie RDV annulé RDV non honoré

Lieu Initiateur Récepteur Motif

Observation

.....

.....

Décisions Suivi régulier Sevrage ambulatoire Hospitalisation Etablissement cure autre

Intervenants

Date Direct Téléphone Courrier Messagerie RDV annulé RDV non honoré

Lieu Initiateur Récepteur Motif

Observation

.....

.....

Décisions Suivi régulier Sevrage ambulatoire Hospitalisation Etablissement cure autre

Intervenants

Date Direct Téléphone Courrier Messagerie RDV annulé RDV non honoré

Lieu Initiateur Récepteur Motif

Observation

.....

.....

Décisions Suivi régulier Sevrage ambulatoire Hospitalisation Etablissement cure autre

Intervenants

Serologie et vaccination

VIH	Sérologie	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> Inconnue	Date de dernier test :
VHC	Sérologie	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> Inconnue	Date de dernier test :
VHB	Vaccination VHB complète	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	