



DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION

(Toute pièce manquante bloquera l'examen du dossier)
Les dossiers et pièces complémentaires sont à retourner
au 1, place de l'Eglise 57530 MAIZEROY

A joindre impérativement :

- 1 bilan biologique (cf. dossier page 4)

Avis du Médecin du CSSRA pour l'admission :

Docteur :

Date :

3) *ANTECEDENTS* :

- Médicaux :
- Allergies connues, contre indications médicamenteuses :
- Chirurgicaux :
- Gynéco-obstétrique (le cas échéant) :
- Médico-légaux :
- Autres addictions (opiacés, cannabis, psychotropes, tabagisme, addictions comportementales,...) :
- Psychiatriques :
- Familiaux en rapport avec l'addiction :

4) *EXAMEN + BILAN CLINIQUES ACTUELS* :

- Taille
- Poids
- Examen clinique actuel :
- Modalités du sevrage actuel et incidents éventuels (si sevrage en cours, prière de nous adresser un compte - rendu détaillé pour son admission)

- Bilans biologique (Gama GT, VGM., ...), sérologique (hépatites B et C, VIH, ...) et antécédents (BMR, ERG+,...): joindre les derniers bilans, et le dossier transfusionnel le cas échéant

- Vaccination antitétanique, date de la dernière vaccination :

- Examen neurologique (épilepsie et autres manifestations encéphalopathiques ou périphériques) :

- Etat psychopathologique et comportemental actuel :

- Risque suicidaire :

- Fonctions locomotrices (autonomie) :

- Traitement en cours (prière de remettre au patient une ordonnance récente pour son admission):

- Traitement de substitution :

Médecin prescripteur (nom, adresse et n° téléphone) :

Pharmacie (nom, adresse et téléphone) :

- Contre-indications aux activités sportives :
- Régime alimentaire :

5) CLIMAT DES RELATIONS FAMILIALES :

6) DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :

7) NOM, ADRESSE et Tel. du MEDECIN TRAITANT HABITUEL :

8) EN CAS DE DIFFICULTES, COORDONNEES DU SERVICE HOSPITALIER REPRENEUR :

Date :

Signature et adresse lisible
cachet du médecin

