

Clinique d'Aufréry : IPP :

Date réception dossier :

Nom :

Prénom :

QUESTIONNAIRE MEDECIN (Pages 1 à 3)

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM : _____

NOM de naissance : _____

Prénom : _____

Madame Monsieur

Date de naissance : _____

N° de téléphone : _____

Mineur : Oui Non

Adresse : _____ Ville/Code postal : _____

Nom et prénom du proche aidant : _____ N° de téléphone : _____

IDENTIFICATION DU MEDECIN ADRESSEUR : Médecin traitant Psychiatre traitant Autre

NOM : _____

Prénom : _____

Ville : _____

Code postal : _____

N° de téléphone : _____

Mail : _____

Nom du médecin traitant (si différent du médecin adresseur) : _____

Nom du psychiatre traitant (si différent du médecin adresseur) : _____

1. HOSPITALISATION A LA DEMANDE DE (plusieurs réponses possible) :

- Patient Proposition Médicale
- Entourage Du Patient Justice

2. CONDUITES ADDICTIVES ACTUELLES :

- | | | | |
|----------|---|---------------------|---|
| Tabac | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Drogues de synthèse | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Alcool | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Cocaïne | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Cannabis | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Autres produits | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Héroïne | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, précisez : | _____ |

Produits d'addiction médicamenteuse : Oui Non
Si oui quel(s) médicament(s): _____

Addiction au jeu : Oui Non
Si oui, lequel : _____

Traitement de substitution aux opiacés : Oui Non
Si oui, lequel : _____

Y a-t-il mésusage : Oui Non

Produit(s) dont le patient souhaite se sevrer : _____

Clinique d'Aufréry : IPP :

Date réception dossier :

Nom :

Prénom :

3. HISTOIRE DE L'ADDICTION :

- Début de l'adolescence Début il y a moins de 5 ans
 Début de l'âge adulte Début il y a plus de 10 ans

- Sevrages physiques antérieurs (hospitalisation < 12 jours) ou sevrages ambulatoires médicalisés :
 Oui Non
- Cures antérieures (hospitalisations > 21 jours) :
 Oui Non

4. SUIVI SPECIALISE DU PATIENT EN COURS : Oui Non

- Psychiatre
- Addictologue
- Association d'entraide

5. REPERCUSSIONS DE L'ADDICTION :

- Physiques

Délirium Tremens	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Coma Ethylique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Convulsion	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Overdose	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

➤ Familiales : _____

➤ Sociales : _____

➤ Professionnelles : _____

➤ Conséquences médico-légales :

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Retrait / annulation du permis de conduire : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Violence à la personne : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Obligation de soin : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Condamnation actuelle : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Jugement à venir : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

6. ANTECEDENTS SOMATIQUES :

Antécédents médicaux :	Antécédents chirurgicaux :
------------------------	----------------------------

DOSSIER MEDICAL PATIENT A COMORBIDITE ADDICTIVE

(À compléter par le médecin)

Clinique d'Aufréry : IPP :

Date réception dossier :

Nom :

Prénom :

- Le patient présente une pathologie cardiaque ? Oui Non

Si oui, date de la dernière consultation et nom du cardiologue : _____

- Le patient présente une insuffisance hépatique sévère ? Oui Non
- Le patient présente une altération cognitive sévère ? Oui Non
- Le patient nécessite de l'O² ? Oui Non
- Le patient est appareillé pour l'apnée du sommeil ? Oui Non
- Le patient présente un état de dénutrition ? Oui Non
- Le patient est atteint d'une maladie chronique ? Oui Non

Si oui, précisez : _____

- Le patient est porteur d'un handicap ? Oui Non _____

Si oui, précisez : _____

7. TRAITEMENT ACTUEL :

Joindre obligatoirement la (les) dernière(s) prescription(s) médicale(s) en cours

Conciliation médicamenteuse – Clinique d'Aufréry

8. SITUATION SOCIALE :

Le patient a-t-il un logement ? Oui Non

Si non, le patient bénéficie-t-il d'un hébergement dans : Sa famille Un foyer Des amis

Autre (précisez) _____

9. MESURE DE PROTECTION Oui Non

Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

10. Avez-vous précisé au patient qu'il devra stopper toute consommation de produit psychoactif licite ou illicite (sauf tabac) même s'il ne juge pas une de ses consommations comme problématique

Oui Non

11. COMMENTAIRES :

<p><u>Date et Signature du médecin adresseur :</u></p>	<p><u>Cachet du Médecin</u></p>
---	--

Clinique d'Aufréry : IPP :

Date réception dossier :

Nom :

Prénom :

QUESTIONNAIRE PATIENT (Pages 4 et 5)

Pour mieux personnaliser votre projet thérapeutique, nous vous invitons à remplir ce document le plus précisément possible. Ces Informations, soumises au secret médical, resteront confidentielles.

1. AU SUJET DE VOTRE DEMANDE DE SEVRAGE :

- Avez-vous déjà fait un sevrage hospitalier Oui Non

Si oui : Quand _____

Nom de l'établissement _____

Quels bénéfices en avez-vous tiré ?

- Etes-vous actuellement suivi régulièrement pour votre problème d'addiction Oui Non

Si oui, précisez,

- Désirez-vous devenir abstinent ou souhaitez-vous contrôler votre/vos consommations ? Précisez

- Quelle est la motivation de votre actuelle demande de soins ?

2. VOS CONSOMMATIONS :

- Consommez-vous de l'alcool ? Oui Non

Quels types d'alcool : _____

Quelle quantité : _____

DOSSIER MEDICAL PATIENT A COMORBIDITE ADDICTIVE

(À compléter par le médecin)

Clinique d'Aufréry : IPP :

Date réception dossier :

Nom :

Prénom :

Avez-vous consommé du Cannabis ? Oui Non

Si oui, où en est votre consommation actuelle ? _____

Avez-vous pris d'autres substances psychoactives illicites ? Oui Non

Cocaïne Héroïne Cocaïne basée Crack MDMA GHB/3MMC

Autres Précisez : _____

Si oui, où en est votre consommation actuelle ? _____

Consommez-vous régulièrement des benzodiazépines ? Oui Non

(Valium, Lexomil, Xanax, Seresta, ...)

Consommez-vous du tabac ? Oui Non

3. SITUATION SOCIALE :

➤ Caisse de sécurité sociale : _____

➤ Mutuelle : _____

➤ CMU

➤ ALD

4. SITUATION PROFESSIONNELLE :

• Travaillez-vous actuellement : Oui Non

Si oui : CDD CDI Profession : _____

Arrêt de travail depuis le _____

Si non : Chômage indemnisé depuis le : _____ RSA depuis le : _____

Invalidité : Oui Non AAH : Oui Non

Pas de ressources : Oui Non

Si oui, expliquez en quelques lignes les raisons de votre absence de ressources :

Date et Signature du médecin adresseur :

Commission médicale :

Validation dossier Oui Non

Parcours patient : Général Spécifique :

Date :

Signature :

Cadre réservé à la clinique