

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

Oui

Non

Ne sait pas

Coma Ethylique

Oui

Non

Ne sait pas

Convulsion

Oui

Non

Ne sait pas

Overdose

Oui

Non

Ne sait pas

➤ Familiales : _____

➤ Sociales : _____

➤ Professionnelles : _____

➤ Conséquences médico-légales :

Retrait / annulation du permis de conduire : Oui

Non

Ne sait pas

Violence à la personne : Oui

Non

Ne sait pas

Obligation de soin : Oui

Non

Ne sait pas

Condamnation actuelle : Oui

Non

Ne sait pas

Jugement à venir : Oui

Non

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