 Centre Alcoologique	ENREGISTREMENT	REFERENCE
	RENSEIGNEMENTS MEDICAUX	
	PC-MEDICA-23-EN Octobre 2017 Page 1/4	

à compléter par **le médecin prescripteur du séjour de 6 semaines**
 après consultation du site internet www.centre-alcoologique-alpha.com
 et à joindre à la demande d'admission complétée par le patient

CACHET DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

DATE ET SIGNATURE

--	--

Je soussigné, Docteur

Certifie que l'état de santé de M.

Né(e) le hospitalisé(e) depuis le.....

Demeurant

N° de Sécurité Sociale


nécessite un séjour de 6 SEMAINES AU CENTRE ALCOOLOGIQUE ALPHA.

✂

Joindre **obligatoirement** les comptes rendus d'hospitalisation des 12 derniers mois ainsi que les résultats biologiques récents avec éventuellement recherche de THC chez les consommateurs.

ANTÉCÉDENTS

MEDICAUX	Si oui, merci de préciser pour chaque rubrique	
Cardio-vasculaires	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Pulmonaires	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Hépto-digestifs	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Neurologiques	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Endocriniens	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autres	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
CHIRURGICAUX	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
INFECTIONS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

 Centre Alcoologique	ENREGISTREMENT	REFERENCE
	RENSEIGNEMENTS MEDICAUX	
	PC-MEDICA-23-EN Octobre 2017 Page 2/4	

Si oui, merci de préciser pour chaque rubrique

ALLERGIES			
Médicamenteuses	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Alimentaires	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
PSYCHIATRIQUES			
Pathologies psychiatriques	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Troubles anxieux	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Dépression	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Troubles de la personnalité	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Troubles bipolaires	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Psychose	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Troubles du comportement alimentaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Hospitalisations en service psychiatrique <i>Merci de joindre les Comptes rendus d'hospitalisation des 12 derniers mois</i>	Date	Lieux	Durée
Antécédents de passage à l'acte (TS, hétéro-agressivité ...) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, précision(s)			

**ADDICTOLOGIQUES**

	Date	Lieux	Durée
Séjours antérieurs (sevrage, post-cures)			

*Merci de joindre les
Comptes rendus
d'hospitalisation des
12 derniers mois*

Dépendances associées actuelles ou anciennes		Date de début	Date sevrage	Quantité
	Médicaments			
	Cannabis			
	Tabac			
	Opiacés			
	Autres toxiques			
	Autres (achats compulsifs, jeux ...)			

HISTOIRE DE LA MALADIE ALCOOLIQUE**ETAT ACTUEL DU PATIENT**

Si oui, merci de préciser pour chaque rubrique

Consomme-t-il toujours de l'OH ? OUI NON

PSYCHIQUE

Idées suicidaires ? OUI NON

Troubles du comportement ? OUI NON

SOMATIQUE

Faut-il prévoir la surveillance ou le traitement d'une pathologie particulière ? OUI NON

A-t-il un handicap physique ou une invalidité d'origine somatique ? OUI NON



Si oui, merci de préciser pour chaque rubrique

Sur le plan neurologique :

A-t-il des troubles mnésiques ? OUI NON A-t-il des troubles de la compréhension ? OUI NON Sur le plan hépato-digestif, existe-t-il des complications ?
(cirrhose décompensée, varices œsophagiennes ...) OUI NON Nécessité d'un régime alimentaire spécifique ? OUI NON Utilise-t-il un appareillage spécifique (oxygène, appareil pression positive ou autres) OUI NON Sérologie Hépatite B Positif Négatif Hépatite C Positif Négatif HIV Positif NégatifPrise en charge 100% ALD OUI NON Si oui, pour quelle(s) pathologie(s) ?

TRAITEMENT

	Spécialités	Dosages	Posologie			
			Matin	Midi	Soir	Nuit
Actuel						

Existe-t-il un traitement substitutif ? OUI NON Lequel ?
Date de début :TRAITEMENT AVK ? OUI NON Le patient a-t-il un carnet d'information et de suivi du traitement ? OUI NON

ÉVALUATION DE LA MOTIVATION (circonstances de la prise de décision de la démarche de soins)
