 <b>Ramsay Santé Centre Alpha</b>	<b>ENREGISTREMENT</b>	REFERENCE
	<b>RENSEIGNEMENTS MEDICAUX</b>	<b>PC-MEDICA-23-EN</b> Janvier 2020
		Page 1/4

à compléter par **le médecin prescripteur du séjour de 6 semaines**  
après consultation du site internet [www.centre-alcoologique-alpha.com](http://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"/>
Hépatodigestifs	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"/>
<b>CHIRURGICAUX</b>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>INFECTIONS</b>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

 <b>Ramsay Santé Centre Alpha</b>	<b>ENREGISTREMENT</b>	REFERENCE
	<b>RENSEIGNEMENTS MEDICAUX</b>	<b>PC-MEDICA-23-EN</b> Janvier 2020
		Page 2/4

**Si oui, merci de préciser pour chaque rubrique**

<b>ALLERGIES</b>			
Médicamenteuses	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Alimentaires	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
<b>PSYCHIATRIQUES</b>			
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)  <i>Merci de joindre les Comptes rendus d'hospitalisation des 12 derniers mois</i>			

		Date de début	Date sevrage	Quantité
Dépendances associées actuelles ou anciennes	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 **MEDICAL** spécifique ?                    OUI     NON

Utilise-t-il un appareillage spécifique (oxygène, appareil pression positive ou autres)                    OUI     NON

Sérologie                    Hépatite B                     Positif                    Hépatite C                     Positif                    HIV                     Positif

Négatif                     Négatif                     Négatif

Prise en charge 100% ALD                     OUI    Si oui, pour quelle(s) pathologie(s) ?

NON

**TRAITEMENT**

	Spécialités	Dosages	Posologie			
			Matin	Midi	Soir	Nuit
Actuel						

Existe-t-il un traitement substitutif ?                     OUI    Lequel ?

NON    Date de début :

TRAITEMENT AVK ?                     OUI    Le patient a-t-il un carnet d'information et de suivi du traitement ?                     OUI

NON                     NON

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

---



---



---