



DOSSIER MEDICAL

Nom et prénom :
Date et lieu de naissance :

Conduites addictives :

Produits	Alcool	Tabac	Cannabis	Cocaïne	Héroïne	Antalgiques opiacés	Benzo, psychotropes	Autres
Début								
Fin								
Actuel								

Addictions comportementales :

Domages : Entourez « P » si l'item correspond à un événement passé ou « A » s'il est actuel.

SOCIAUX						
Famille	Travail	Justice	Finances	Logement	Permis	Loisirs
*Inquiétudes, remarques P A	*Remarques, absences P A	*Permis de conduire P A *Violences P A	*Impayés P A *Dettes P A	*Insalubre P A *Risque d'expulsion P A	*Suspendu P A *Annulé P A	*Activité physique P A
*Séparation ou risque P A	*Arrêts maladie P A	*Tribunal prévu P A *Suivi SPIP P A	*Dossier de surendettement P A	*Sans domicile P A	*Tribunal prévu P A *Jamais passé P A	*Activité manuelle P A
*Perte de confiance P A	*Risque de licenciement P A	*Obligation de soin(s) P A *Placement des enfants P A *Sortie de prison P A	*Mesure de protection P A	*Hébergé(e) par un tiers P A *En foyer P A	*Jamais obtenu P A	*Activité artistique P A *Associatif P A

MEDICAUX						
Digestif	Neurologique	Cardiovasculaire	Diabète	Respiratoire	Psychiatrique	Vaccins
*Œsophage P A *Estomac P A *Foie P A *Pancréas P A *HTPortale P A *Cancer P A Autres :	*Crise épileptique P A *Delirium P A *Polynévrite P A *Troubles cognitifs P A Autres :	*HTA P A *Trouble du rythme P A *AOMI P A *AVC P A Autres :	*Type 1 P A *Type 2 P A *Insulino-requérant P A	*Asthme P A *Insuffisance respiratoire P A *Cancer P A	*Troubles anxieux P A *Troubles dépressifs P A *Bipolarité P A *Schizophrénie P A *Tentative de suicide Sous alcool P A Sans alcool P A Autres :	VAT : Autres :

ATCD Médico-psychologiques autres :

ALD : Oui Non Si oui, pour quelle(s) maladie(s) ?

Le patient peut-il :

- Marcher sur une distance supérieure à 500m ?
- Monter un escalier ?

Son état clinique est-il stable ?

- Physique :
- Psychique :

Le patient a-t-il besoin d'un appareillage : Oui Non Si oui, le(s)quel(s) ?

Restriction(s) à l'activité sportive : Oui Non Si oui, le(s)quelle(s) ?

Le patient parle et comprend le français : Oui Non

Logement actuel : Location Propriétaire Famille
 Institution SDF Autres (précisez) :

Mesure de protection juridique :

Organisation du sevrage hospitalier préalable au séjour par vous-même ?

Bilan sanguin requis avant l'entrée au Centre Malvau : NFS, Plaquettes, TP, iono + Glycémie + Créatinémie, bilan hépatique, TSH, TG + cholestérol, sérologies hépatites, syphilis et HIV :

Traitement(s) actuel(s) ou ordonnance(s) à joindre :

Date et nom :

Signature du praticien :