



ASSOCIATION POUR L'ECOUTE ET L'ACCUEIL EN ADDICTOLOGIE ET TOXICOMANIES

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A faire remplir par le Médecin qui adressera le dossier sous pli confidentiel à l'attention des Docteurs FOUCHER et RADIS

PATIENT :

NOM Prénom Age :

Description du parcours de soins / Histoire de la conduite addictive

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Comment le patient est-il venu à envisager cette démarche de soins ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Antécédents Somatiques / Allergies / Sérologies / Vaccination

	Dates	Description
Antécédents somatiques		
Allergies		
Sérologies		
Vaccination		

**CSAPA APLEAT – Section Hébergement -
Centre Thérapeutique Résidentiel de « La Levée »**

56 bis, rue Guignegault – 45100 Orléans - Tél.: 02 38 51 00 18 - Fax : 02 38 51 30 79
E-Mail : accueil.lalevee@apleat.com Site internet : www.apleat.com



Historique des traitements depuis 6 mois jusqu'à ce jour :

Traitement précédent				Traitement actuel		
Médicament	Date début	Date de fin	Posologie	Médicament	Date début	Posologie

Antécédents psychiatriques

Hospitalisation en psychiatrie : oui – non

Si oui, préciser :

Dates	Motifs	Durée	Lieu

Tentatives de suicide : oui – non

Si oui, préciser les dates et les moyens utilisés

.....
.....

Hospitalisation sous contrainte : oui – non

Si oui préciser la nature (HDT / HO), le motif, la durée et le lieu

.....
.....

Diagnostic psychiatrique et / ou traits de personnalités ou de comportement qui pourraient t poser une difficulté pendant le séjour

.....
.....

Etat Psychopathologique et comportement actuel

.....
.....

Observations éventuelles :

.....
.....

Dossier établi le : Par :

Antériorité du suivi :

Coordonnées & tampon

.....