CLINIQUE d'Aufréry Psychiatrie	**DOSSIER MEDICAL PATIENT A COMORBIDITE ADDICTIVE**
Place du Maréchal Niel 31130 Pin-Balma Tel : 05 61 24 97 50 Fax 05 62 57 04 97 bureau-medical@clinique-aufrery.com	**IDENTITE DU PATIENT** Nom : .... Prénom :.....

Questionnaire Médecin : (page 1-2-3)

1. Identification du patient

Nom : ..... Nom de naissance :.....

Prénom : .....Date de naissance : .....

N° de téléphone .....

2. Identification du Médecin adresseur

Nom : .....

Prénom : .....

Fonction : .....

Adresse (cachet) :

.....

.....

Code Postal :.....Ville : .....

Tel : ..... Mail : .....@.....

Etes-vous le médecin traitant du patient ? OUI ☐ NON ☐

Etes-vous le spécialiste traitant ? OUI ☐ NON ☐

3. Conduites addictives actuelles

TABAC	OUI ☐	NON ☐	DROGUES DE SYNTHESE	OUI ☐	NON ☐
ALCOOL	OUI ☐	NON ☐	COCAÏNE	OUI ☐	NON ☐
CANNABIS	OUI ☐	NON ☐	Autres produits :		
HEROINE	OUI ☐	NON ☐	.....		

Produits d'addiction médicamenteuse : OUI ☐ NON ☐

Si oui, quel(s) médicament(s) : .....

.....

Addiction au jeu : OUI ☐ NON ☐

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
Psychiatrie

Place du Maréchal Niel
31130 Pin-Balma
Tel : 05 61 24 97 50
Fax 05 62 57 04 97
bureau-medical@clinique-aufrery.com

DOSSIER MEDICAL PATIENT A COMORBIDITE ADDICTIVE

IDENTITE DU PATIENT
Nom : ....
Prénom :.....

4. Hospitalisation à la demande de (plusieurs réponses possible) :

PATIENT ☐ Proposition Médicale ☐
ENTOURAGE DU PATIENT ☐ JUSTICE ☐

5. 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 j) ou sevrages ambulatoires médicalisés :

OUI ☐ NON ☐

Cures antérieures (hospitalisations > 21j)

OUI ☐ NON ☐

6. Suivi spécialisé du patient en cours : OUI ☐ NON ☐

- Psychiatre ☐
- Addictologue ☐
- Association d'entraide ☐

7. Répercussions de l'addiction

Physique

Delirium 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 ou 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 ☐

Place du Maréchal Niel
31130 Pin-Balma
Tel : 05 61 24 97 50
Fax 05 62 57 04 97
bureau-medical@clinique-aufrery.com

IDENTITE DU PATIENT
Nom : ....
Prénom :.....

8. Antécédents somatiques (précisez si besoin) :

Médicaux

.....
.....

Chirurgicaux

.....
.....

Le patient présente une insuffisance hépatique sévère :	OUI ☐	NON ☐
Existe-t-il une altération cognitive sévère	OUI ☐	NON ☐
Troubles graves de la mémoire	OUI ☐	NON ☐
Le patient nécessite-t-il de l'O^2	OUI ☐	NON ☐
Le patient présente-t-il un état de dénutrition	OUI ☐	NON ☐

9. Difficultés particulières

Le patient a-t-il un logement OUI ☐ NON ☐
☐ Location ☐ Propriétaire

Le patient bénéficie-t-il d'un hébergement ☐ Dans sa famille ☐ Dans un foyer ☐ Chez des amis ☐ Autre...
Le patient bénéficie-t-il d'une mesure de ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Ne se prononce pas

10. Traitement actuel (ou joindre une copie de la dernière ordonnance)

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

11. 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 ces consommations comme problématique : OUI☐ NON☐

12. Commentaires :.....

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

Date :

Signature :

Cachet du Médecin

CLINIQUE d'Aufréry Psychiatrie	DOSSIER MEDICAL PATIENT A COMORBIDITE ADDICTIVE
Place du Maréchal Niel 31130 Pin-Balma Tel : 05 61 24 97 50 Fax 05 62 57 04 97 bureau-medical@clinique-aufrery.com	**IDENTITE DU PATIENT** Nom : .... Prénom :.....

QUESTIONNAIRE PATIENT (page 4-5)

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 :

- *Si vous avez fait des sevrages hospitaliers (en clinique, SSRA), quels bénéfices en avez-vous tiré ?*

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

- *Etes-vous actuellement suivi régulièrement pour votre problème d'addiction ?*

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

- *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 : .....

Place du Maréchal Niel
31130 Pin-Balma
Tel : 05 61 24 97 50
Fax 05 62 57 04 97
bureau-medical@clinique-aufrery.com

IDENTITE DU PATIENT
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, autres
.....
Si oui, où en est votre consommation actuelle de substances psychoactives illicites ?
.....

Consommez-vous réqulièrement des benzodiazépines OUI ☐ NON ☐
(Valium, Lexomil, Xanax, Seresta 50...)

Consommez-vous du Tabac : OUI ☐ NON ☐
Si oui, qu'elle est votre consommation actuelle : .....
.....

3 – Situation sociale :

- Caisse de sécurité sociale : .....
- Mutuelle : .....
- CMU OUI ☐ NON ☐
- ALD OUI ☐ NON ☐

4 - Situation professionnelle :

Travaillez-vous actuellement : OUI ☐ NON ☐
- *Si oui :* CDI ☐ CDD ☐

Arrêt de travail depuis le .....

- *Si non :*

Chômage indemnisé depuis le : ..... *RSA depuis le :* .....

INVALIDITE : OUI ☐ NON ☐ AAH : OUI ☐ NON ☐
Pas de ressources : OUI ☐ NON ☐

Si oui, expliquez en quelques lignes les raisons de votre absence de ressources :
.....
.....
.....
.....
.....
.....