

DOSSIER MEDICAL PREPARATOIRE A L'ADMISSION

Dossier à retourner complet à : **A l'attention du service médical du CSAPA Blannaves**

Adresse postale : 551, route de la royale 30100 Alès

Ou par Mail : soignantsblannaves@apsa30.fr

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA PAS ETRE ETUDIE

Pièces à joindre impérativement à votre dossier

- Une photocopie de la dernière ordonnance
- Une photocopie des comptes rendus médicaux

- RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Dossier rempli pour :

Nom Prénom :

Date de naissance :

- Coordonnées du médecin adressant le patient :

Nom Prénom :

Structure :

Adresse :

Téléphone :

Adresse email :

- Si différent, coordonnées du médecin traitant :

Nom Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Adresse email :



1- ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

- Personnels :

- Familiaux :

- Allergies :

2- VACCINATIONS

	DTP C	BCG	Hépatite B
Dates des dernières vaccinations			



3- SEROLOGIES

	DTP C	BCG	Hépatite B
Dates des derniers tests			
Résultats			
Commentaires			

4- EXAMENS CLINIQUE ACTUELS

Taille : Poids : Pouls : Tension artérielle :

Examen cardiologique récent : Oui Non Date :

Examen digestif récent : Oui Non Date :

Examen neurologique récent : Oui Non Date :

Autres :

Aptitude aux activités physiques et sportives : Oui Non

Si non, pourquoi ?

Mobilité réduite : Oui Non

Si oui, précisez (déambulateur, cannes, fauteuil roulant...) :

Troubles alimentaires (anorexie, boulimie...) : Oui Non



5- VOLET PSYCHIATRIQUE

- Historique psychiatrique personnel :

- Pathologie psychiatrique (hors addiction) stabilisée avec traitement ?

Oui Non *Si oui, depuis quand ?*



- Suivi psychiatrique en cours :

Oui Non si oui la quelle ?

Indiquez ci-dessous les coordonnées du médecin :

Nom Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

- Traitement psychiatrique en cours : Oui Non

- Antécédents psychiatriques familiaux :

6- HOSPITALISATIONS

	Dates	Nombres	Lieux	Commentaires
<input type="checkbox"/> TS				
<input type="checkbox"/> Hospitalisation en psychiatrie				
<input type="checkbox"/> Soins psychiatriques à la demande d'un tiers				
<input type="checkbox"/> Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'état				



7- TRAITEMENTS EN COURS (dont la substitution)

Médicaments	Indications	Date de commencement du traitement	Posologie



8- ADDICTIONS

Produits :

Produits	Diagnostic addictologique (dépendance, usage nocif, usage à risque)	Type de consommation (injection, sniff, fumé...)	Age de début de la consommation problématique	Consommation active / date de rémission si arrêt	Quantité



- Prise en charge addictologiques passées et en cours :

- Date de la première démarche de soins :

CSAPA Blannaves EKKO
551, route de la Royale
30100 Alès
SIRET : 311 667 323 00084

04 66 34 13 81
csapablannaves@ekko-asso.fr
www.ekko-asso.fr

Sevrages :

Dates	Lieux	Observations (si arrêt des séjours, motifs)



CSAPA Blannaves EKKO
551, route de la Royale
30100 Alès
SIRET : 311 667 323 00084

04 66 34 13 81
csapablannaves@ekko-asso.fr
www.ekko-asso.fr

SSRA ou Postcures :

Dates	Lieux	Observations (si arrêt des séjours, motifs)



Signature (cachet obligatoire du médecin prescripteur) :

