

Centre de Soins de Suite  
et de Réadaptation  
Soins spécialisés en Addictologie  
rue Alain Colas  
CS 31826  
29218 BREST CEDEX 2

Tél : 02.98.02.85.08  
Fax : 02.98.02.85.12  
e-mail : pole.addictologie@ildys.org

## FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

A faire compléter impérativement par un médecin et à retourner sous pli fermé  
à l'intention du Médecin de l'établissement

---

**NOM :**

**Prénom :**

Age :

### ***1 – INDICATION DE POSTCURE POSEE PAR :***

**Etablissement de santé :**

Adresse :

Tél :

Fax :

E-mail :

Motif de l'hospitalisation :

**Ou Médecin :**

Tél :

Fax :

E-mail :

Adresse :

### ***2 – HISTOIRE DE L'EXOGENOSE :***

- Conditions de début :
- Durée – mode :
- Dépendance :

- Cures et sevrages antérieurs (dates et lieux) :
- Antécédents familiaux :
  
- Postcures antérieures (dates et lieux) :
  
- Comment le patient est-il venu à envisager cette démarche de soins ?

### ***3 – ANTECEDENTS :***

- Médicaux :
  
- Chirurgicaux :
  
- Traumatismes :
  
- Médico-légaux :
  
- Autres addictions (toxicomanies, ...)
  
- Psychiatriques :

#### **4 – EXAMEN + BILAN CLINIQUES ACTUELS :**

- Taille :
- Poids :
- Troubles métaboliques, pneumologiques, hépatiques, viscéraux et cliniques :
  
- Bilan biologique (GAMMA GT, VGM, ...) : joindre les derniers bilans, si possible :
  
- Bilan sérologique (hépatites B et C, VIH, ...) :
  
- Résultats et date de la dernière radiographie des poumons et à quelle date :
  
- Vaccination antitétanique à jour : **A remplir obligatoirement**
  
- Examen neurologique (épilepsie et autres manifestations encéphalopathiques ou périphériques) :
  
- Etat psycho pathologique et comportement actuel :
  
- Fonctions locomotrices (autonomie) :

- Traitement en cours :

- Contre-indications aux activités sportives :

***5 – CLIMAT DES RELATIONS FAMILIALES :***

***6 – DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :***

Date :

Signature et adresse lisible  
Cachet du médecin :