

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 :