

## DOSSIER MEDICAL

---

### APPARTEMENT THERAPEUTIQUE

*A faire remplir par le médecin demandeur et à renvoyer sous pli cacheté au **service médical du Centre Rimbaud, 2 boulevard des Etats-Unis 42000 Saint-Etienne***

#### 1. Identité du patient

---

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : .....

ALD :        oui         non

Type d'ALD : .....

#### 2. Identités des professionnels référents

---

Médecin généraliste : .....

Médecin psychiatre : .....

Psychologue : .....

Autre : .....

#### 3. Motif de la demande de séjour

---

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

.....  
 .....  
 4. Histoire de la problématique addictive

---

<i>Produit</i>	<i>Date début Consommation</i>	<i>Date sevrage</i>	<i>Conditions Sevrage</i>	<i>Consommation actuelle</i>
ALCOOL				
CANNABIS				
OPIACÉS				
TABAC				
MÉSUSAGE MÉDICAMENTS				
AUTRE :				

Traitement de substitution :

Hospitalisations et cures antérieures :

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

## 5. Antécédents médicaux, chirurgicaux

---

.....

.....

.....

.....

.....

## 6. Antécédents psychiatriques

---

.....

.....

.....

.....

.....

Prise en charge actuelle :      oui       non

## 7. Antécédents de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif

---

.....

.....

.....

.....

.....

## 8. Etat actuel

---

- Psychique :

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

- Somatique :

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

## 9. Traitements actuels

---

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

## 10. Bilan d'autonomie

---

Troubles :	OUI	NON
amnésiques		
de la compréhension		
de l'orientation		
du comportement		

## 11. Projet thérapeutique (*qu'attendez-vous de ce dispositif ?*)

---

.....

.....

.....

.....

.....

## 12. Suggestions, observations, particularités

---

.....

.....

.....

.....

.....