



DOSSIER MÉDICAL APPARTEMENT THÉRAPEUTIQUE

À faire remplir par le médecin demandeur et à renvoyer sous pli cacheté au service médical du Centre Rimbaud, 19 rue Augagneur, 42300 Roanne

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 :

Produit	Date de début de consommation	Date du sevrage	Condition du sevrage	Consommation actuelle
Alcool				
Cannabis				
Opiacés				
Tabac				
Mésusage de médicaments				
Autre :				

Traitement de substitution :

Hospitalisations et cures antérieures à

l'incarcération :

.....

.....

.....

.....

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- État actuel :

o

Psychique :

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

°Somatique

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

9- Traitements actuels :

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

10- Bilan d'autonomie :

troubles mnésiques	oui	non
troubles de la compréhension	oui	non
troubles de l'orientation	oui	non
troubles du comportement	oui	non

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

12- Suggestions, observation, particularités :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ROANNE
19, rue Augagneur
42300 ROANNE
Téléphone : 04 77 70 11 25
roanne@centre-rimbaud.fr



SAINT-ÉTIENNE
11, place de l'Hotel de Ville
42000 SAINT-ÉTIENNE
Téléphone : 04 77 21 31 13
contact@centre-rimbaud.fr



COMMUNAUTÉ THÉRAPEUTIQUE
Le Bourg
42111 SAINT DIDIER SUR ROCHEFORT
Téléphone : 04 77 96 25 85
ct@centre-rimbaud.fr

