ASSOCIATION RIMBAUD

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 :

°

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 :

…….....

.....

.....

…….....

.....

.....

.....

.....