



DOSSIER MÉDICAL (*Confidentiel*)
Communauté Thérapeutique « *Les Portes de l'Imaginaire* »
ASSOCIATION RIMBAUD Le bourg
42111 SAINT DIDIER SUR ROCHEFORT
tel : 04.77.96.25.85

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :

Médecin adressant la demande : (*coordonnées*)

Si différent(s)

Médecin traitant : (*Coordonnées*)

Médecin(s) spécialiste(s) : (*Coordonnées*)

**Dossier médical à remplir par le ou la candidat-e avec l'aide d'un-e soignant-e infirmière, médecin traitant, médecin addictologue, psychiatre. Nous vous remercions de joindre à ce document tous les renseignements que vous jugerez utiles pour votre prise en charge au sein de la communauté thérapeutique. (À adresser au Dr BOURET Christian par courrier)*

NOTE INFORMATIVE

Une communauté thérapeutique est un lieu de soin orienté également vers l'insertion socio-professionnelle. L'investissement dans la vie collective au quotidien est fondateur de ce projet tout comme l'abstinence de consommation. Nous accueillons toute personne ayant des difficultés en lien avec des conduites addictives, dont la situation médicale et psychiatrique est stable.

Antécédent Médico-chirurgicaux

Personnels (*médicaux, Chirurgicaux, Gynécologiques*)

Allergie(s) connue(s)

Vaccinations

	DTPolio	Hépatite B	BCG
Shéma vaccinal			
Dates dernières vaccinations			

Bilan(s) biologique(s) récent(s) en particulier sérologies VIH, hépatites, (*résultats notables + copie*)

Familiaux

Aspects psychiatriques

État clinique actuel et historique psychiatrique personnel : *(si hospitalisations motifs, dates, nombre, durée, préciser si libre, SPDT, SPDRE)*

Hospitalisation(s)

Diagnostic éventuel et traitement(s) *(préciser indication, date de début, posologie):*

Tentative de suicide ? Oui Non Si oui quand ? Et quelle prise en charge ?

Suivi psychiatrique nécessaire et / ou en cours ? oui non

Aspects addictologiques

Consommations et dépendances actuelles (préciser si un sevrage médicalisé est envisagé ou paraît souhaitable et si antécédent de sevrage compliqué : crise comitiale, délirium tremens...)

Dépendances antérieures, antécédents de dépendances (produit, durée, gravité, traitement)

Produit(s)	Rapport au produit (usage nocif, dépendance, usage à risque..)	Type de consommation (sniff, injection, fumé...)	Age au début de la consommation problématique	Consommation active ou date d'arrêt / de rémission	Commentaires

Suivi ambulatoire (Lieu, professionnels impliqués, date, durée, motif de l'arrêt)

Suivi avec hébergement (hospitalisation, SSR, CTR, communautés, lieu, date)

Traitements *(joindre ordonnance)*

Motivations au séjour en Communauté Thérapeutique

(En particulier préciser le projet par rapport au traitements médicamenteux y compris substitution : arrêt, stabilisation ...)

Date :

Nom du ou des signataire(s) : ..

Signature :