



DOSSIER MÉDICAL (*Confidentiel*)
Communauté Thérapeutique « *Les Portes de l'Imaginaire* »
ASSOCIATION RIMBAUD
9, route de Saint Julien
42111 SAINT DIDIER SUR ROCHEFORT

Tel : 04.77.96.25.85

NOM : PRÉNOM

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Médecin adressant la demande : (*coordonnées*)

Si différent(s)

Médecin traitant : (*Coordonnées*)

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

NOTE INFORMATIVE

Une communauté thérapeutique est un lieu de soin qui repose sur une approche psychosociale. L'investissement dans la vie collective au quotidien est fondateur de ce projet tout comme l'abstinence de consommation. La vie en groupe et la participation à la dynamique collective est une base de l'accueil en CT, par conséquent nous accueillons toute personne rencontrant des difficultés en lien avec des conduites addictives, dont la situation médicale et psychiatrique est stable.

Antécédents Médico-chirurgicaux

Personnels (*médicaux, Chirurgicaux, Gynécologiques*)

Traitements actuels

Allergie(s) connue(s)

Date des dernières vaccinations : (importance d'être à jour de la vaccination tétanos compte tenu des activités de la Communauté)

DT Polio :

Vaccin Hépatite B :

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

Aspects psychiatriques

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

Diagnostic éventuel

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

Suivi psychiatrique nécessaire ? Oui Non

Aspects addictologiques

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

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

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

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

Motivations au séjour en Communauté Thérapeutique

(Préciser également le projet et les souhaits par rapport au traitements médicamenteux y compris substitution : arrêt, stabilisation ...)

Date :

Signature médecin

Signature patient