QUESTIONNAIRE à compléter par le médecin adressant un patient pour une consultation de préadmission en unité de sevrage complexe, Service d'Addictologie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Document à renvoyer uniquement par e-mail à l'adresse suivante : hus.addictologie@chru-strasbourg.mssante.fr

Quelques informations générales très importantes :

- ✓ *Le patient ne sera pas hospitalisé le jour même de cette consultation.*
- ✓ *L'unité de sevrage complexe se situe au sein de la Clinique Psychiatrique de l'Hôpital Civil.*
- ✓ *Il n'y a pas d'hospitalisation en urgence.*
- ✓ *La durée moyenne de l'hospitalisation est de 14 jours.*

Identité et coordonnées du patient :

Nom :..... **Prénom** : .....

Date de naissance : .....

N° de téléphone :..... **E-mail** :.....

Adresse :.....

.....

Informations générales concernant le patient :

Nécessité d'un interprète : ❑ non / ❑ oui langue :.....

Patient pris en charge au sein du Service d'Addictologie des HUS (CSAPA, Consultation Hospitalières d'Addictologie, Unité de Sevrage Complexe)°: ❑ oui / ❑ non

Si oui : prise en charge actuelle ❑ ou antérieure ❑

Mentions obligatoires :

Obligation de soins : ❑ oui / ❑ non

Numéro de Sécurité Sociale : / / / / / / / /

Régime Local ❑ **Régime Général** ❑

Mutuelle :.....

Attention en l'absence de Mutuelle pour les patients au Régime Général, des frais d'hospitalisation peuvent rester à la charge du patient.

Mesure de protection juridique : ❑ Non/ ❑ Oui

Sauvegarde de justice ❑ Curatelle ❑ Tutelle ❑

Coordonnées du mandataire, curateur, tuteur :

Nom :..... Prénom :.....

N° de téléphone : ..... E-mail :.....

Adresse :.....

.....

Médecin demandeur :

Nom :..... **Prénom** : .....

N° de téléphone :..... **E-mail** :.....

Adresse :.....

.....

Objectif de l'hospitalisation :

.....

.....

.....

.....

Antécédents médicaux :

❑ Epilepsie

❑ Délirium tremens

❑ HTA

❑ Diabète

❑ Autres :

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents psychiatriques :

❑ Non

❑ Oui :.....

Suivi actuel : ❑ oui / ❑ non

Nom du psychiatre/psychologue/de la structure : .....

.....

.....

Antécédents chirurgicaux :

.....

.....

.....

Allergie médicamenteuse/alimentaire : ❑ Non/ ❑ Oui/ ❑ Non connues

.....

Vaccination à jour : ❑ anti-Covid 19/ ❑ DTP/ ❑ hépatite B/ ❑ autre :

.....

Traitement en cours (copie de son ordonnance à ramener lors de la consultation) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

La/les substance(s) qui pose(nt) problème :

❑ Alcool

❑ Tabac

❑ Cannabis

❑ Opiacés

❑ TSO

❑ Cocaïne

❑ Amphétamines

❑ MDMA/ectasy

❑ Kétamine

❑ Benzodiazépines

❑ Trouble du Comportement Alimentaire

❑ Jeux de Hasard et d'Argent

❑ Achats compulsifs

Y a-t-il un séjour prévu en SSRA (postcure ?) ❑ non / ❑ oui

.....

.....

.....

Examen clinique :

Poids : ..... Taille :.....

TA :..... Pouls :.....

Date : .....

Signature du médecin demandeur :

Coordonnées du Service d'Addictologie :
Adresse postale : Service d'Addictologie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 1 place de l'Hôpital, BP 426, 67091 Strasbourg Cedex
Secrétariat des Consultations Hospitalières d'Addictologie : 03 88 11 64 25
Le Service d'Addictologie est localisé à l'Hôpital Civil :
- *l'unité de sevrage complexe (UF 3762) se situe au sein de la Clinique Psychiatrique*
- *le CSAPA – Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (UF 3756) se situe au sein de la Clinique Médicale B.*