

--	--

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

à remplir par **le médecin traitant et prescripteur du séjour de 5 semaines** après lecture dans le **Livret de présentation** :

« A qui s'adresse le séjour psychothérapeutique du Centre afin d'éviter une mauvaise orientation »

(Pour avis de la Commission médico-psychologique d'admission du Centre)

Je soussigné Docteur.....

Certifie que l'état de santé de M.....

Agé(e) de..... hospitalisé(e) depuis le.....

Demeurant.....

N° de Sécurité Sociale.....

nécessite un séjour de 5 SEMAINES

AU CENTRE ALCOOLOGIQUE ALPHA – 21 AVENUE DE PARIS – B.P. 80536 – 17211 ROYAN CEDEX

www.centre-alcoologique-alpha.com

centre-alcoologique-alpha@centre-alpha.fr

ETABLISSEMENT CONVENTIONNÉ – N° D'IDENTIFICATION DOMI: 170781199 – CATÉGORIE: 108 – STATUT JURIDIQUE: 30 – DMT: 214 – MT: 03

Fait le

Signature du Médecin Prescripteur,

TRAITEMENT EN COURS :

(préciser **posologie** et **date du début** du traitement)

Traitement psychotrope :

-
-
-
-
-
-

Autre traitement :

-
-
-
-
-
-

RAISONS DE CE TRAITEMENT ET PRÉCISIONS MÉDICALES ÉVENTUELLES

ATTENTION : le patient doit être sevré des médicaments types **NEUROLEPTIQUES** et certains **PSYCHOTROPES**, au moins **30 jours avant l'entrée** dans notre Établissement (Lire le Livret d'Accueil).

A.L.D. : OUI NON

SI AFFECTION HORS LISTE, PRÉCISER LA NATURE DE L'AFFECTION :

RÉGIME ALIMENTAIRE OUI NON

si OUI, lequel :

Cet exemplaire est à retourner au Centre ALPHA pour avis de la Commission Médico-Psychologique d'Admission

T.S.V.P. →

Histoire de la maladie alcoolique :

Antécédents :

➤ d'hospitalisation (Hôpital ou Clinique ou établissement de cure, postcure) : OUI NON

☞ si OUI, dates et copies des comptes-rendus de séjour des 2 dernières années :

➤ d'hospitalisation en milieu psychiatrique (Hôpital ou Clinique) : OUI NON

☞ si OUI, dates et copies des comptes-rendus de séjour des 2 dernières années :

➤ de toxicomanie : OUI NON

☞ si OUI, date arrêt : produits consommés

État actuel du patient / de la patiente :

Consomme toujours de l'alcool : OUI NON

☞ si OUI, sevrage prévu : en milieu hospitalier en ambulatoire

Existe-t-il :

➤ un ou des handicaps physiques : OUI NON ☞ si OUI, lequel :

➤ une altération des fonctions cognitives : OUI NON

➤ des pathologies lourdes (ex. : cirrhose décompensée, varices œsophagiennes, cardiopathies, etc.) : OUI NON

☞ si OUI, lesquelles :

➤ des pathologies psychiatriques lourdes (ex. : schizophrénie, psychose, etc.) : OUI NON

☞ si OUI, lesquelles :

➤ une toxicomanie en cours : OUI NON ☞ si OUI, date début :

produits consommés :

produits substitutifs :

Comportement du patient / de la patiente :

➤ existe-t-il des troubles du comportement : OUI NON ☞ si OUI, lesquels :

➤ tentatives de suicide : OUI NON ☞ si OUI, nombre et dates :

➤ idées suicidaires : OUI NON

Évaluation de la motivation :

➤ Circonstance de la prise de la décision de la désintoxication (delirium, obligation de soins judiciaire, mise en demeure dans la profession, passage aux urgences, tentative de suicide) :

➤ Votre appréciation concernant la prise de conscience du patient à l'égard de l'abstinence et de sa demande de séjour :

Je soussigné, Docteur certifie que M
n'est pas atteint(e) de maladie contagieuse, ni mentale incompatible avec la vie en collectivité.