

# Demande d'Hospitalisation – SUAL HC

Pôle MOPHA

Bâtiment 309

Secrétariat : 04 37 91 51 53

Date de la demande :

Médecin adresseur (nom, prénom, numéro de téléphone, mail) :

## IDENTIFICATION PATIENT

Nom :

IPP (si Vinatier) :

Téléphone :

Prénom :

Adresse Postale :

email :

Date de Naissance :

## INFORMATIONS ADDICTOLOGIQUES

### MOTIF PRINCIPAL D'ADRESSAGE EN HC ADDICTOLOGIQUE:

Dépendance à l'Alcool si oui : - nombre approximatif de verres-standard/j : \_\_\_\_\_ vs/j

- antécédents de complications de sevrage (convulsion, DT,...)

Dépendance à la Cocaïne si oui : - consommation quotidienne actuelle

Dépendance aux Opioides si oui : - types d'opioïdes consommés actuellement (hors TSO) :

- TSO en cours (avec le dosage SVP) :

Dépendance à la Kétamine si oui : - consommation quotidienne actuelle

Dépendance au Cannabis si oui : - nombre approximatif de joints/j : \_\_\_\_\_ joints/j

Dépendance au Tabac si oui : - nombre approximatif de cigarettes/j : \_\_\_\_\_ cig/j

Autres : merci de détailler

## AUTRES INFORMATIONS UTILES

Antécédents somatiques et psychiatriques importants:

Curatelle/Tutelle ? : Nom et téléphone de la curatelle/tutelle le cas échéant :

Devenir du patient après le sevrage (indiquer notamment si un SMR-A a été demandé et où) :



**A JOINDRE IMPERATIVEMENT AVEC CETTE FICHE**

Copie de la dernière ordonnance complète

Copie Recto/Verso de la Carte Nationale d'Identité

Copie Recto/Verso de la Carte Vitale

Copie Recto/Verso de la Carte de Mutuelle ou de l'attestation de sécurité sociale si le patient a la CSS (ex-CMU)