

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE

► Date de la demande :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Ville d'habitation :

Courriel :

Médecin traitant :  non /  oui, précisez son nom :

► Votre demande concerne quel(s) trouble(s) de l'usage ?

Le produit qui vous pose le plus de problème (1 réponse possible) :

-

Autres produits éventuels :

-

-

Addiction sans produit (écran, sexe, sport, jeux...) :

-

-

► Bénéficiez-vous d'un traitement de substitution aux opioïdes (méthadone, buprénorphine) :

oui, prescrit par votre médecin

oui, mais non prescrit (achat de rue)

non

► Parlez-vous français ? sinon quelle langue (traducteur disponible) :

oui /  non, précisez :

► Grossesse en cours ou projet de grossesse dans l'année :

non /  oui



**FICHE A ADRESSER PAR MAIL A [HCL.sual@chu-lyon.fr](mailto:HCL.sual@chu-lyon.fr)**