Document médical de transmission

Demande admission hospitalière - Unité hospitalière Tamaris

*Merci de remplir ce formulaire en ligne*

*et de l’envoyer par mail à :* *tamaris.secretariat@chuv.ch*

Date de la demande : ………/…………/…………

|  |
| --- |
| **Nom du demandeur :**      **Téléphone :**       |

**Réseau (USE, SPJ, FVA, Croix-Bleue, intervenants …)** *(déjà eu un contact ou un suivi avec les intervenants suivants)* :

|  |
| --- |
|       |

**Patient·e concerné·e :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Prénom :**       |
| **Sexe :** [ ]  Masculin [ ]  Féminin | **Date de naissance :**       |
| **Adresse** *(selon contrôle des habitants)***:**      | **Téléphone(s) :**      |

Anamnèse et demande :

|  |
| --- |
|      + Consommation d’alcool (quantité par jour) : ……………………………………………………………………..+ Consommation autres substances psycho-actives : …………………………………………………………… |

**Traitement actuel (ttt pharmacologique avec posologie, substitution, O2, CPAP) :**

|  |
| --- |
|       |

**Facteurs de risque pour sevrage compliqués :**

|  |
| --- |
| Prise régulière de tranquillisants (benzodiazépines/barbituriques) [ ]  oui [x]  nonComorbidité médicale ou psychiatrique sévère [ ]  oui [ ]  nonConsommation maximale sur 24 heures au cours de la vie > 30 U [ ]  oui [ ]  nonCrise d’épilepsie [ ]  oui [ ]  non / si oui, dernier épisode :Hallucinations ou delirium tremens [ ]  oui [ ]  non, / si oui dernier épisode :Isolement social [ ]  oui [ ]  non |