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*](mailto: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  non  Comorbidité médicale ou psychiatrique sévère  oui  non  Consommation maximale sur 24 heures au cours de la vie > 30 U  oui  non  Crise d’épilepsie  oui  non / si oui, dernier épisode :  Hallucinations ou delirium tremens  oui  non, / si oui dernier épisode :  Isolement social  oui  non |