DEMANDE D’HOSPITALISATION EN ADDICTOLOGIE

Merci de remplir ce formulaire en ligne et de l’envoyer par mail à :

contact.addictohosp@chuv.ch

Date de la demande : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Il s’agit d’une demande pour :

|  |
| --- |
| **Nom/Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.** **Date de naissance :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Téléphone :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Genre :**  [ ]  Masculin [ ]  Féminin [ ]  Autre, merci de préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Adresse :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Curatelle :** [ ]  non [ ]  oui Si oui, coordonnées : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Limitations fonctionnelles :** [ ]  non [ ]  oui [ ]  Autre, merci de préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**PLAFA civil :** [ ]  non [ ]  oui Si oui, Juge de Paix en charge du dossier : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**La demande concerne :**

|  |
| --- |
| [ ]  Projet planifié d’arrêt des consommations à long terme (exemples : sevrage d’alcool ou d’opioïdes en vue d’une date d’entrée en résidentiel prédéterminée, sevrage de méthadone, ou  encore projet ambulatoire précis)* Avec séjour en résidentiel : [ ]  non [ ]  oui

 merci de préciser le lieu et la date d’entrée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.* Avec projet ambulatoire : [ ]  non [ ]  oui

 merci de préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. [ ]  Stabilisation des consommations/réduction des dommages (exemples : stabilisation de méthadone sur consommations compulsives de cocaïne, prescription de benzodiazépines dans un  contexte de perte de contrôle des consommations d’alcool, investissement de l’Espace de consommation sécurisé) Merci de préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.[ ]  Symptômes psychiatriques et addictologies mixtes compatibles avec une demande d’hospitalisation volontaire (exemples : hypomanie et stimulants, idées suicidaires et alcool, symptômes psychotiques et chemsex…)Merci de préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. [ ]  Un soutien au réseau ambulatoire pour des investigations psychiatriques / internistes (Exemples : réalisation d’un bilan interniste non urgent, mais impossible à réaliser depuis l’ambulatoire, expertise à réaliser,  bilan neuropsy, etc.) Merci de préciser les investigations attendues et les dates: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.[ ]  Autre : indication à discuter avec la personne de notre service triant la demande Merci de préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Réseau :

|  |
| --- |
| Référence médicale / soignante validant la demande : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Médecin traitant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Psychiatre traitant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Intervenant.e spécialisé.e en addictologie : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Référence socio-éducative : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.CMS et intervenants à domicile : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Proche : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Comportements à risques :**

|  |
| --- |
| [ ]  Avec substances (alcool, tabac, cannabis, héroïne, cocaïne, etc. en précisant quantité et forme consommée)  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.[ ]  Sans substance (jeux d’argent, jeux vidéo, tactilo, jeux à gratter, paris sportifs, autre conduite compulsive, etc.) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Traitement actuel et prescripteur**(merci de joindre la copie de l’ordonnance en cours)

|  |
| --- |
|  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Antécédents :**

|  |
| --- |
|  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Facteurs de risque de sevrage compliqué :**

|  |
| --- |
| * Prise régulière de benzodiazépines / barbituriques) [ ]  oui [ ]  non
* A déjà consommé régulièrement > 30 unité d’alcool par jour [ ]  oui [ ]  non
* Antécédent de crise d’épilepsie et/ou delirium tremens [ ]  oui [ ]  non

 si oui, dernier épisode : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.* Isolement social [ ]  oui [ ]  non
 |

**Facteurs de crise et anamnèse :**

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |