DEMANDE D’HOSPITALISATION EN ADDICTOLOGIE

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

[contact.addictohosp@chuv.ch](mailto: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. |