Service de médecine des addictions
Unité hospitalière

DEMANDE D'HOSPITALISATION EN MEDECINE DES ADDICTIONS

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

contact.uhma@chuv.ch

Date de la demande :

Il s'agit d'une demande pour :

Nom/Prénom :

Date de naissance :

Téléphone : Mail :

Genre : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre, merci de préciser :

Adresse (préciser le canton) :

Si hors canton de vaud, merci de joindre la demande extra-cantonale

Curatelle : ☐ non ☐ oui Si oui, coordonnées :

PLAFA civil : ☐ non ☐ oui

Si oui, joindre la copie à la demande

Merci de préciser s'il faut prévoir une chambre au rez-de-chaussée, en cas de difficultés à la marche :

Comportements à risques :

☐ Quelles substances (alcool, tabac, cannabis, héroïne, cocaïne, etc. en précisant quantité et forme consommée)

☐ Sans substance (jeux d'argent, jeux vidéo, tactilo, jeux à gratter, paris sportifs, autre conduite compulsive, etc.)

La demande concerne un projet :

☐ 1. Arrêter les consommations

(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 projet de retourner à domicile après hospitalisation : ☐ non ☐ oui
- Avec projet d'intégrer une postcure après l'hospitalisation : ☐ non ☐ oui

Si oui, merci de préciser le lieu envisagé, si des démarches sont en cours et lesquels ? (par ex : DMST. DCISA, préadmission, visite d'un lieu, etc)

- Avec projet ambulatoire : ☐ non ☐ oui

Merci de préciser les suivis que le.la patient.e souhaiterait débuter à la sortie de l'hospitalisation (pas les suivis en cours)

☐ 2. Stabiliser les consommations / Réduire les risques

(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 :

☐ 3. 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:

☐ 4. Hospitalisation de décharge pour les patient.es en structure (post-cure, foyer, EPSM, etc)

Merci d'expliquer les difficultés rencontrées en structure

☐ 5. Filière Riponne ou USIC

Merci de préciser la durée souhaitée et l'objectif de l'hospitalisation

Facteurs de risque de sevrage compliqué :

- Prise régulière de benzodiazépines / barbituriques) ☐ oui ☐ non
- Merci de préciser la benzodiazépine :
- A déjà consommé régulièrement > 30 unités d'alcool par jour ☐ oui ☐ non
- Antécédent de crise d'épilepsie et/ou delirium tremens ☐ oui ☐ non
- Si oui, dernier épisode :
- Isolement social ☐ oui ☐ non

Facteurs de crise :

Anamnèse :

Antécédents (psychiatriques, somatiques et précédents sevrages)

Traitement actuel et prescripteur :

Merci de nous faire parvenir l'ordonnance somatique et/ou psychiatrique

Réseau :

Référence médicale validant la demande :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Médecin traitant :

Psychiatre traitant :

Intervenant.e spécialisé.e en addictologie :

Référence socio-éducative :

CMS et intervenants à domicile :

Proche :

Le/la patient.e a besoin d'être convoqué.e en admission hospitalière :

- du jour au lendemain	☐ non	☐ oui
- dans les 48h	☐ non	☐ oui
- une semaine avant	☐ non	☐ oui
- deux semaines avant	☐ non	☐ oui

Merci de préciser si le/la patient.e a une préférence pour une date ou une période d'admission (période de vacances scolaires, période de fêtes, etc) :