

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 débiter 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 neuropsych, 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) :

