

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

Il s'agit d'un	ıe demande poı	ur :		
Nom/Préno	m :			
Date de nais	ssance :			
Téléphone :			Mail:	
Genre :	Masculin	Féminin	Autre, merci de préciser :	
Adresse (pi	réciser le canto	n) :		
Si hors canton	de vaud, merci de j	joindre la demande ex	ktra-cantonale	
Curatelle :	non	oui Si oui, o	coordonnées :	
PLAFA civi	I: non	oui		
	9	Si oui, joindre la copie	à la demande	
Merci de pi	réciser s'il faut	prévoir une chan	nbre au rez-de-chaussée, en cas de difficultés à	ı la marche

Comportements à risques :

Date de la demande :

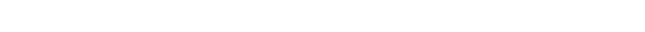
Quelles substances (alcool, tabac, cannabis, héroïne, cocaïne, etc. en précisant quantité et forme consommée)

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



Validé par : ABH Dernière validation : 15.10.25





La demande concerne un projet :

1. Arrêter les consommations

Unité hospitalière

Service de médecine des addictions

(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)

Validé par : ABH

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





page 2/4

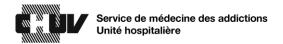


			page 3/
eurs de risque de sevrage compliqué :			
Prise régulière de benzodiazépines / barbituriques)	oui	non	
Merci de préciser la benzodiazépine :			
A déjà consommé régulièrement > 30 unités d'alcool par jour	oui	non	
Antécédent de crise d'épilepsie et/ou delirium tremens	oui	non	
Si oui, dernier épisode :			
	oui	non	
Isolement social	Oui	non	
eurs de crise :			
eurs de crise .			
mnèse :			
écédents (psychiatriques, somatiques et précédents sevrages)			
Jocachia (payamandaea, aamandaea et presedenta aeviagea)			

Validé par : ABH

Service de médecine des addictions Unité hospitalière





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) :

024_F_Formulaire d'admission UHMA.docx Validé par : ABH Dernière validation : 15.10.25

