

DEMANDE D'HOSPITALISATION EN MEDECINE DES ADDICTIONS

Merci de remplir ce formulaire en ligne et de l'envoyer par mail à :
contact.addictohosp@chuv.ch

Date de la demande :

IL S'AGIT D'UNE DEMANDE POUR :

Nom/Prénom :

Date de naissance:

Téléphone :

Genre : Masculin Féminin Autre, merci de préciser :

Adresse :

Curatelle : non oui Si oui, coordonnées :

Limitations fonctionnelles : non oui Autre, merci de préciser :

PLAFA civil : non oui Si oui, Juge de Paix en charge du dossier :

LA DEMANDE CONCERNE (5 possibilités) :

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 :

- Avec projet ambulatoire : non oui

merci de préciser :

- Stabilisation des consommations/réduction des dommages
(exemples : stabilisation de méthadone sur consommations compulsives de cocaïne, prescription de benzodiazépines
contexte de perte de contrôle des consommations d'alcool, investissement de l'Espace de consommation sécurisé)
Merci de préciser :

- 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 :

- 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:

- Autre : indication à discuter avec la personne de notre service triant la demande
Merci de préciser :

RESEAU :

Référence médicale / soignante validant la demande :

Adresse :

Téléphone :

Médecin traitant :

Psychiatre traitant :

Intervenant.e spécialisé.e en addictologie :

Référence socio-éducative :

CMS et intervenants à domicile :

Proches

COMPORTEMENTS A RISQUE :

- Avec substances (alcool, tabac, cannabis, héroïne, cocaïne, etc. en précisant quantité et forme consommée)
Merci de préciser :

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



TRAITEMENT ACTUEL ET PRESCRIPTEUR: (merci de joindre la copie de l'ordonnance en cours)

ANTECEDENTS:

FACTEURS DE RISQUE DE SEVRAGE COMPLIQUE:

- | | | |
|---|-----|-----|
| - Prise régulière de benzodiazépines / barbituriques | NON | OUI |
| - A déjà consommé régulièrement > 30 unités d'alcool par jour | NON | OUI |
| - Antécédent de crise d'épilepsie et/ou delirium tremens | NON | OUI |
| si oui, dernier épisode : | | |
| - Isolement social | NON | OUI |

FACTEURS DE CRISE ET ANAMNESE: