

**QUESTIONNAIRE à compléter par le médecin adressant un patient pour une consultation de préadmission en unité de sevrage complexe, Service d'Addictologie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg**

Document à renvoyer uniquement par e-mail aux 3 adresses suivantes :

[madalinacornelia.rasina@chru-strasbourg.mssante.fr](mailto:madalinacornelia.rasina@chru-strasbourg.mssante.fr)

[audrey.musanda@chru-strasbourg.mssante.fr](mailto:audrey.musanda@chru-strasbourg.mssante.fr)

[amaury.durpoix@chru-strasbourg.mssante.fr](mailto:amaury.durpoix@chru-strasbourg.mssante.fr)

inscription sur le site [www.mssante.fr](http://www.mssante.fr) si vous ne possédez pas d'adresse mssanté

**Quelques informations générales très importantes :**

- ✓ *Le patient ne sera pas hospitalisé le jour même de cette consultation.*
- ✓ *L'unité de sevrage complexe se situe au sein de la Clinique Psychiatrique de l'Hôpital Civil.*
- ✓ *Il n'y a pas d'hospitalisation en urgence.*
- ✓ *La durée moyenne de l'hospitalisation est de 14 jours.*

**Identité et coordonnées du patient :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

N° de téléphone : .....

E-mail : .....

Adresse : .....

.....

Nécessité d'un interprète :  non /  oui langue : .....

**Médecin demandeur :**

Nom : ..... Prénom : .....

N° de téléphone : .....

Adresse : .....

.....

**Objectif de l'hospitalisation :**

.....

.....

**Antécédents médicaux :**

Epilepsie

Délirium tremens

HTA

Diabète

Autres :

.....  
.....  
.....

**Antécédents chirurgicaux :**

.....  
.....  
.....

**Allergie médicamenteuse/alimentaire :  Non/  Oui/  Non connues**

.....

**Vaccination à jour :  anti-Covid 19/  DTP/  hépatite B/  autre :**

.....

**Traitement en cours (copie de son ordonnance à ramener lors de la consultation) :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Complications de sevrages antérieurs ? :**

- DT
- Crise d'épilepsie
- Autres

.....  
.....  
.....

**Antécédents psychiatriques :**

- Non
- Oui : .....

Suivi actuel :  oui /  non

Nom du psychiatre/psychologue/de la structure : .....  
.....  
.....

**La/les substance(s) qui pose(nt) problème :**

- Alcool
- Tabac
- Cannabis
- Opiacés
- TSO
- Cocaïne
- Amphétamines
- MDMA/ectasy
- Jeux de Hasard et d'Argent
- Trouble du Comportement Alimentaire
- Achats compulsifs

**Y a-t-il un séjour prévu en SSRA (postcure ?)  non /  oui**

.....  
.....  
.....

**Examen clinique :**

Poids : ..... Taille : .....  
TA : ..... Pouls : .....

Date : .....

Signature du médecin demandeur :

*Coordonnées du Service d'Addictologie :*  
*Adresse postale : Service d'Addictologie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 1 place de l'Hôpital, BP 426, 67091 Strasbourg Cedex*  
*Secrétariat des Consultations Hospitalières d'Addictologie : 03 88 11 64 25*  
*Le Service d'Addictologie est localisé à l'Hôpital Civil :*

- l'unité de sevrage complexe (UF 3762) se situe au sein de la Clinique Psychiatrique
- le CSAPA – Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (UF 3756) se situe au sein de la Clinique Médicale B.