

Nom et coordonnées complètes de la structure :

Patient vu dans le cadre de :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consultation hospitalière d'addictologie | <input type="checkbox"/> Hospitalisation de jour | <input type="checkbox"/> CAARUD |
| <input type="checkbox"/> CSAPA | <input type="checkbox"/> CSSRA | <input type="checkbox"/> CJC |
| <input type="checkbox"/> Unité de sevrage simple | <input type="checkbox"/> ELSA | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |
| <input type="checkbox"/> Unité de sevrage complexe | <input type="checkbox"/> Hébergements thérapeutiques | |

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Type de fiche		Date de l'entretien	
<input type="checkbox"/> Entrée dans la structure <input type="checkbox"/> Reprise de traitement et/ou de suivi		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> J J M M A A	
Sexe	Année de naissance	Nombre d'enfants	Département de domicile
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ou âge approximatif <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> (pas d'enfants = 0)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Origine de la prise en charge actuelle		Prise en charge liée à des conduites addictives	
<input type="checkbox"/> Le patient lui-même <input type="checkbox"/> Les proches (famille ou amis) <input type="checkbox"/> Médecin de ville <input type="checkbox"/> Structure spécialisée en addictologie <input type="checkbox"/> Structure de réduction des risques <input type="checkbox"/> CSAPA <input type="checkbox"/> CAARUD <input type="checkbox"/> Equipe de liaison <input type="checkbox"/> Autre hôpital ou autre sanitaire		<input type="checkbox"/> Institution ou service social <input type="checkbox"/> Justice, orientation post-sentencielle <input type="checkbox"/> Justice, orientation pré-sentencielle <input type="checkbox"/> Justice, classement avec orientation <input type="checkbox"/> Milieu scolaire ou universitaire <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	
		<input type="checkbox"/> Jamais pris en charge <input type="checkbox"/> Déjà pris en charge mais pas actuellement <input type="checkbox"/> Suivi actuellement <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
		Année de la première prise en charge liée à des conduites addictives <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

SITUATION ADDICTOLOGIQUE

Traitement de substitution aux opiacés en cours (prescription médicale)	Autre(s) traitement(s) en cours (prescription médicale)
<i>En cas de mésusage, mentionner la substance dans les produits consommés au cours des 30 derniers jours</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, méthadone <input type="checkbox"/> Oui, buprénorphine haut dosage (BHD) <input type="checkbox"/> Autre (sulfate de morphine, codéine) <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui, le(s)quel(s) ? (plusieurs réponses possibles) <input type="checkbox"/> Acamprosate (Campral®) <input type="checkbox"/> Bupropion (Zyban®) <input type="checkbox"/> Naltrexone (Revia®) <input type="checkbox"/> Anxiolytique(s) <input type="checkbox"/> Antabuse® (Espéral®) <input type="checkbox"/> Hypnotique(s) <input type="checkbox"/> Substitut(s) nicotinique(s) <input type="checkbox"/> Neuroleptique(s) <input type="checkbox"/> Antidépresseur(s) <input type="checkbox"/> Varénicline (Champix®) <input type="checkbox"/> Baclofène <input type="checkbox"/> Autre(s), précisez : <input type="checkbox"/> Nalmefene (Selincro®)
Si oui, depuis quelle date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> J J M M A A	

Produits consommés : indiquer tous les produits consommés (y compris tabac, addiction sans produit...) au cours des **30 derniers jours et classer-les** selon l'importance des dommages actuels liés à leur consommation (du plus important au moins important).

Les codes produits figurent sur une feuille annexe.

Code produit	Mode de consommation habituel	Fréquence de consommation (30 derniers jours)	Usage/Dépendance	AGE de début consommation
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Produit à l'origine de la prise en charge actuelle (si différent du 1^{er} produit consommé ou si pas de produit consommé)

<input type="text"/>				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Utilisation de la voie intraveineuse (une seule réponse)

- Jamais
- Oui, antérieurement, mais pas au cours de l'année
- Oui, au cours de l'année mais pas les 30 derniers jours
- Oui, au cours des 30 derniers jours
- Ne sait pas

Si oui : âge lors de la première injection

Partage des seringues (une seule réponse)

- Jamais
- Oui, antérieurement, mais pas au cours de l'année
- Oui, au cours de l'année mais pas les 30 derniers jours
- Oui, au cours des 30 derniers jours
- Ne sait pas

SITUATION SOMATIQUE

Comorbidités liées à la consommation des substances psychoactives :

<p>Cardio-vasculaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Artériopathie <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde <input type="checkbox"/> Angine de poitrine <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral 	<p>Complications locales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Liées à l'injection <input type="checkbox"/> Destruction de la cloison nasale 	<p>Digestives :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pancréatite aiguë <input type="checkbox"/> Pancréatite chronique <input type="checkbox"/> Cirrhose <input type="checkbox"/> Hépto-carcinome 	<p>Néoplasiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cancer ORL <input type="checkbox"/> Cancer de l'œsophage <input type="checkbox"/> Cancer de la vessie
<p>Neurologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Comitialité <input type="checkbox"/> Polynévrite <input type="checkbox"/> Atrophie cérébrale <input type="checkbox"/> Névrite optique rétro-bulbaire <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs 	<p>Pulmonaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bronchite chronique <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire <input type="checkbox"/> Cancer du poumon <input type="checkbox"/> Asthme 	<p>Troubles de la sexualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Troubles de la libido <input type="checkbox"/> Troubles de l'érection <input type="checkbox"/> Retard à l'orgasme ou anorgasmie 	<p><input type="checkbox"/> Autres, précisez :</p>
<p>Infectieuses :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Endocardites 			
<p>Sérologie VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> Résultat positif <input type="checkbox"/> Résultat négatif 	<p>Test VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jamais fait de test <input type="checkbox"/> Déjà fait un test mais pas dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Test réalisé au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Ne veut pas répondre <input type="checkbox"/> Ne sait pas 	<p>Sérologie VHC</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> Résultat positif <input type="checkbox"/> Résultat négatif 	<p>Test VHC</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jamais fait de test <input type="checkbox"/> Déjà fait un test mais pas dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Test réalisé au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Ne veut pas répondre <input type="checkbox"/> Ne sait pas

<p>Vaccination VHB complète</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Sérologie VHB</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> Résultat positif <input type="checkbox"/> Résultat négatif</p>
<p>Contraception <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	
<p>Antécédents médicaux et chirurgicaux :</p> 	

ASPECTS PSYCHIATRIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

<p>Antécédents psychiatriques (hors sevrage)</p>	
<p><u>Hospitalisation(s) antérieure(s)</u></p> <p><input type="checkbox"/> Oui nombre [][] <input type="checkbox"/> Non, jamais <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p><u>Tentative(s) de suicide</u></p> <p><input type="checkbox"/> Oui nombre [][] <input type="checkbox"/> Non, jamais <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>
<p>Comorbidité psychiatrique (plusieurs réponses possibles)</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de comorbidité <input type="checkbox"/> Trouble psychotique ou délirant <input type="checkbox"/> Trouble anxieux <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Trouble de la conduite alimentaire <input type="checkbox"/> Trouble de la personnalité <input type="checkbox"/> Autres troubles, lesquels ? <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	

SITUATION SOCIALE

<p>Catégorie socio-professionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants</p> <p><input type="checkbox"/> Artisans, commerçants et chefs d'entreprise</p> <p><input type="checkbox"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures</p> <p><input type="checkbox"/> Professions intermédiaires</p> <p><input type="checkbox"/> Employés</p> <p><input type="checkbox"/> Ouvriers</p> <p><input type="checkbox"/> Retraités</p> <p><input type="checkbox"/> Autres personnes sans activité professionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Logement</p> <p><input type="checkbox"/> Durable¹ indépendant</p> <p><input type="checkbox"/> Durable² chez des proches</p> <p><input type="checkbox"/> Durable² en institution</p> <p><input type="checkbox"/> Provisoire chez des proches</p> <p><input type="checkbox"/> Provisoire en institution</p> <p><input type="checkbox"/> Autre provisoire</p> <p><input type="checkbox"/> SDF</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Entourage</p> <p><input type="checkbox"/> Vit seul</p> <p><input type="checkbox"/> Vit avec ses parents</p> <p><input type="checkbox"/> Vit seul avec enfant(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Vit avec un conjoint seulement</p> <p><input type="checkbox"/> Vit avec un conjoint et enfant(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Vit avec des amis</p> <p><input type="checkbox"/> Vit en établissement pénitentiaire</p> <p><input type="checkbox"/> Vit en institution</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, précisez :</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>
<p>Origine principale des ressources³</p> <p><input type="checkbox"/> Revenus d'emplois</p> <p><input type="checkbox"/> Retraites ou pensions d'invalidité</p> <p><input type="checkbox"/> ASSEDIC</p> <p><input type="checkbox"/> Revenu de solidarité active (RSA)</p> <p><input type="checkbox"/> Allocation adulte handicapé</p> <p><input type="checkbox"/> Autre(s) prestation(s) sociale(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Ressources provenant d'un tiers</p> <p><input type="checkbox"/> Autre ressources (y compris sans revenus)</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Situation professionnelle²</p> <p><input type="checkbox"/> CDI ou équivalent</p> <p><input type="checkbox"/> CDD de plus de 6 mois</p> <p><input type="checkbox"/> Activité rémunérée intermittente³</p> <p><input type="checkbox"/> Chômage</p> <p><input type="checkbox"/> Etudiant, élève, stage non rémunéré</p> <p><input type="checkbox"/> Retraité</p> <p><input type="checkbox"/> Autre inactif (au foyer, invalide)</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Niveau d'études</p> <p><input type="checkbox"/> N'a pas terminé le primaire</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau primaire</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau diplôme national du brevet⁴</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau BEP, CAP</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau Bac</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau Bac +2</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau au-delà Bac +2</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>
<p>Incarcérations</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non, jamais</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>		
<p>Si oui :</p> <p>Nombre d'incarcérations</p> <p style="text-align: center;"> _ _ </p> <p>Durée totale d'incarcération</p> <p style="text-align: center;"> _ _ _ mois</p>		

¹ Possibilité de passer au moins les 6 prochains mois dans le même logement.

² Au cours des 6 derniers mois.

³ Au moins 3 mois au cours des 6 derniers mois

⁴ Brevet des collèges, ancien BEPC

ANNEXE

Codes produits

* Codes produits	31. Barbituriques	51. Amphétamines	70. Tabac
00. Alcool	32. Benzodiazépines	52. Methamphétamine	90. Autres produits
11. Héroïne	33. GHB/GBL	53. MDMA et dérivés	91. Jeux d'argent
12. BHD	34. Autres hypno. et tranquillisants	54. Cathinone synthétique	93. Cyber addiction
13. Méthadone	35. Antidépresseurs	55. Autres stimulants	95. Trouble du comportement alimentaire
14. Fentanyl	41. Cocaïne (poudre)	61. LSD	97. Autres addictions sans produits
15. Autres opiacés	42. Crack	62. Champi. Hallucinogènes	98. Non renseigné
20. Cannabis	43. Autres dérivés de la Cocaïne	63. Kétamine	99. Pas de produit consommé
		64. Autres hallucinogènes	
		80. Colles et solvants	