





# ELEMENTS MEDICAUX

## CONFIDENTIELS

Clinique du Vieux Château d'Oc  
(ex Castelvieu)

Chemin des Affieux • 31180 Castelmaurou

Tél. : 05 62 22 96 36 • Fax : 05 62 22 90 50

E-mail : [423adm03@emeis.com](mailto:423adm03@emeis.com)

Nom :

Prénom :

### Motif Thérapeutique

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur  | <input type="checkbox"/> Troubles anxieux   |
| <input type="checkbox"/> Schizophrénie, autres troubles psychotiques   | <input type="checkbox"/> Troubles de la personnalité  |
| <input type="checkbox"/> Troubles liés à une substance, préciser :   | <input type="checkbox"/> Épuisement professionnel (burn-out)  |
| <input type="checkbox"/> Troubles des conduites alimentaires   | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil  |
| <input type="checkbox"/> Autre :   |   |
| Troubles du comportement (agressivité...) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                            | Lesquels :  |
| Idées suicidaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  | Commentaires :  |
| Consommation de toxiques (produits utilisés et mode de consommation) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |   |
| <input type="checkbox"/> Alcool  | <input type="checkbox"/> Héroïne  |
| <input type="checkbox"/> Cannabis  | <input type="checkbox"/> 3mmc/chemsex   |
| <input type="checkbox"/> Cocaïne : - sniffée   | <input type="checkbox"/> Médicaments : si oui le ou lesquels et sous quelle forme de prise (orale, injectée...) |
| - injectée   | <input type="checkbox"/> Autres :   |
| - crack/basée/fumée  |   |
| <input type="checkbox"/> Ghb   | <input type="checkbox"/> Ketamine   |

Antécédents somatiques :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

État clinique somatique actuel :

Traitements en cours : somatique & psychiatrique **(Merci de joindre la dernière prescription)**

**Pièces à joindre** : Pour une prise en charge en service d'addictologie, merci de joindre une **lettre de motivation ainsi qu'un bilan biologique récent (Hépatique/NFT/TP) et une ordonnance.**

- |                               |   |  |
|-------------------------------|---|--|
| Poids :                       | Taille :  |  |
| Appareillage :                | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, préciser :   |
| Autonomie                     | Mobilité réduite :  | Commentaires :   |
| Allergies :                   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, préciser :   |
| Suivi ambulatoire extérieur : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, avec qui :   |
| Logement :                    | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Commentaires :   |
| Patient fumeur                | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Demande de sevrage <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Date souhaitée d'arrivée : |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_| | Date de la demande : |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_| |

Cachet du médecin :  
Obligatoire si envoi par fax/courrier.  
Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.

### ENVOYER VOTRE DEMANDE

#### Coordonnées des admissions

Tél : 05 62 22 96 36 • Fax : 05 62 22 90 50

E-mail : [423adm03@emeis.com](mailto:423adm03@emeis.com)