

## Dossier de candidature Pôle hébergement

**Date de la demande :**

**Date de réception :**

**Nom :** Tapez votre texte ici.

**Prénom :** Tapez votre texte ici.

**Origine de la demande (personnel, établissement, etc.) :**

Tapez votre texte ici.

**Dispositif-s concerné-s et localisation-s :**

- Appartement Thérapeutique Relais Colmar
- Appartement Thérapeutique Relais Mulhouse
- Trait d'Union pour l'Insertion en Parcours Individuel (TIPI Colmar)\*
- Projet en Appartement Relais d'Insertion et de Soins (PARIS Mulhouse)\*
- Placement Extérieur (Colmar)

*\* Pour toute demande PARIS ou TIPI, contactez préalablement et obligatoirement le SPIP de la ville concernée (coordonnées dans le chapitre « procédure d'admission »).*

## Procédure d'admission

**Pour toute demande d'admission, il est indispensable que vous complétiez l'ensemble des parties obligatoires du dossier, désignées en rouge.**

1. Joignez **un courrier personnel exprimant vos besoins à intégrer l'un de nos dispositifs.**
2. Vos soignants peuvent joindre un courrier complémentaire.
3. Adressez l'ensemble du dossier :

au CSAPA Argile (prioritairement par courriel) ou au SPIP de Mulhouse/Colmar s'il s'agit d'une demande PARIS/TIPI ou PE.

### Coordonnées du CSAPA :

*CSAPA Argile*  
*Candidatures ATR*  
15 rue Peyerimhoff  
68000 COLMAR  
Tél : 03.89.24.94.71

### Coordonnées SPIP :

*SPIP COLMAR*  
*Candidatures TIPI/PE*  
20 rue d'Agen  
68000 COLMAR  
Tél : 03.69.49.40.00

*SPIP MULHOUSE*  
*Candidatures PARIS*  
18 rue F. Spoerry  
68100 MULHOUSE  
Tél : 03.89.35.43.20

Courriel : secretariat@argile.fr   chefdeservice@argile.fr  
                  ph-colmar@argile.fr    ph-mulhouse@argile.fr

4. Dans le mois qui suit la réception de votre dossier, la Commission d'Attribution de Suivi et de Sortie (CASS) étudiera votre demande.
5. À la suite de cette CASS, une décision vous sera rendue, soit :
  - Dossier rejeté.
  - Dossier à compléter selon les pièces manquantes à réception. Vous disposez d'un mois pour nous les faire parvenir avant que votre candidature ne soit classée sans suite.
  - Dossier admissible. Un entretien préalable à toute décision définitive vous sera proposé.

En cas d'admission, nous vous informerons de la date prévisionnelle d'entrée selon la disponibilité du logement.

Si vous êtes positionné sur liste d'attente, il vous est demandé **d'appeler le secrétariat du CSAPA ou les référents du pôle hébergement une fois par mois** pour maintenir votre candidature. En cas d'absence de contact de plus de deux mois, nous considérerons votre demande comme étant annulée et votre candidature sera clôturée.

Tél pôle hébergement Colmar : 06.80.22.15.14

Tél pôle hébergement Mulhouse : 06.74.13.55.34

### Pièces complémentaires à joindre :

- Photocopie de votre pièce d'identité à jour recto/verso
- Une attestation de droits à la sécurité Sociale assortie d'une CSS et/ou Mutuelle

Nom :

Prénom :

2

## Règlement Général sur la Protection des Données

*L'ensemble des éléments inscrits dans ce formulaire est confidentiel.*

*En application du RGPD et de la Loi Informatique et Libertés, nous vous informons que nous collectons et traitons des données à caractère personnel vous concernant.*

- *Le Responsable du traitement de vos données est l'ASSOCIATION ARGILE ;*
- *Le recueil de vos données a pour finalité la gestion et le suivi de votre prise en charge globale (médico-psycho-socio-éducative) au sein de notre structure*
- *Vous avez le droit d'accès au traitement pour lequel nous collectons les données ainsi que, le cas échéant, le droit de rectification, d'opposition, de limitation du traitement et de suppression de vos données.*

*Pour des détails supplémentaires, vous pouvez consulter notre Charte d'utilisation et de protection des Données à Caractère Personnel. Vous pouvez également nous contacter à l'adresse suivante :*

*Association Argile, 15 rue Peyerimhoff – 68000 COLMAR*

*Tél : 03.89.24.94.71 / Fax : 03.89.24.94.39*

*Courriel : [direction@argile.fr](mailto:direction@argile.fr)*

*ainsi que notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [dpo@ressourcial.fr](mailto:dpo@ressourcial.fr).*

## Cadre réservé à Argile

## Informations administratives

### Coordonnées de la structure de soin qui vous oriente

*(Ne pas répondre si vous faites la démarche seul)*

Tapez votre texte ici.

### Informations personnelles

Nom : Tapez votre texte ici. Prénom : Tapez votre texte ici.

Date de naissance : Tapez votre texte ici. Genre : Tapez votre texte ici.

Lieu de naissance : Tapez votre texte ici.

Nationalité : Tapez votre texte ici.

Téléphone : 00 00 00 00 00 E-mail (si utilisée) : @

### Situation familiale

Situation matrimoniale : sélectionnez ou entourez : marié/pacsé/célibataire/union libre/veuf/autre

Avez-vous des enfants ? oui/non Si oui, sont-ils à votre charge ? oui/non

Combien avez-vous d'enfants et quelles sont leurs années de naissance ?

Nombre d'enfants et leurs années de naissance

### Logement actuel *(si vous êtes hébergé(e) en cure, où serez-vous logé à votre sortie ?)*

Sélectionnez ou entourez : durable autonome/précaire autonome/durable chez des proches/précaire chez des proches/en institution/milieu carcéral/SDF

### Niveau d'étude et profession

Quel est votre niveau et éventuellement votre domaine d'étude ?

Tapez votre texte ici.

Quel est votre domaine professionnel ?

Tapez votre texte ici.

Avez-vous travaillé au cours des 12 derniers mois ? Dans quel domaine ?

Tapez votre texte ici.

### Ressources actuelles et couverture sociale

Ressources : Ex : salaire/RSA/etc. Couverture sociale : Ex : régime général/ALD/CSS/etc

Avez-vous une reconnaissance MDPH ? Laquelle ?

Tapez votre texte ici.

## Informations administratives : justice

**Etes-vous actuellement sous main de justice ? (Sélectionnez ou entourez la réponse)**

1. oui/non

2. Primaire/récidiviste

3. Avec ou sans privation de liberté

### **Mesure en cours**

Suivi par le SPIP de : Quelle ville et département ?

Nom du CPIP : Tapez votre texte ici.

Mesure en cours :

Tapez votre texte ici.

Infraction :

Tapez votre texte ici.

Début de la mesure : Entrer une date.

Fin de la mesure : Entrer une date.

### **Commentaires**

Tapez votre texte ici.

## Projets de soins passés et actuels

### Démarches de soins déjà effectuées

Quelles sont les démarches que vous avez déjà effectuées pour soigner vos addictions ?

(CSAPA, hospitalisation, CTR, etc.)

Listez les structures qui vous ont accompagnées ainsi que les périodes approximatives :

Tapez votre texte ici.

### Démarches de soins actuelles

Quelles sont les personnes impliquées dans vos soins actuellement ?

**1. Structure/institution/médecin de ville** : Tapez votre texte ici.

Nom : Tapez votre texte ici.                      Prénom : Tapez votre texte ici.

Profession : Tapez votre texte ici.

Coordonnées : Tapez votre texte ici.

**2. Structure/institution/médecin de ville** : Tapez votre texte ici.

Nom : Tapez votre texte ici.                      Prénom : Tapez votre texte ici.

Profession : Tapez votre texte ici.

Coordonnées : Tapez votre texte ici.

**3. Structure/institution/médecin de ville** : Tapez votre texte ici.

Nom : Tapez votre texte ici.                      Prénom : Tapez votre texte ici.

Profession : Tapez votre texte ici.

Coordonnées : Tapez votre texte ici.

**4. Structure/institution/médecin de ville**: Tapez votre texte ici.

Nom : Tapez votre texte ici.                      Prénom : Tapez votre texte ici.

Profession : Tapez votre texte ici.

Coordonnées : Tapez votre texte ici.

Les questions présentées dans la suite de ce dossier ont pour objectif de mieux vous connaître et de cerner vos problématiques afin d'y apporter la réponse la mieux adaptée possible. Vous êtes libre de répondre au questionnaire de façon complète ou partielle.

## Santé et bien-être

Merci d'attribuer pour chaque question une note allant de 1 à 7 (1 = pas satisfaisant / 7 = très satisfaisant)

Questions	Note	Commentaires/précisions
<p>Comment vous sentez-vous globalement d'un point de vue somatique ?</p> <p>ex : fatigue, douleurs, santé, etc.</p>	1 à 7	Tapez votre texte ici.
<p>Comment vous sentez-vous dans votre rapport à l'alimentation ?</p> <p>ex : quantité, rythme, qualité, faim, satiété, etc.</p>	1 à 7	Tapez votre texte ici.
<p>Comment évaluez-vous la qualité de votre sommeil ?</p> <p>ex : rythme, durée, qualité, etc.</p>	1 à 7	Tapez votre texte ici.
<p>Êtes-vous à l'aise avec les activités physiques et sportives ?</p> <p>Si oui, lesquelles.</p>	1 à 7	Tapez votre texte ici.
<p>Quelle relation avez-vous avec le monde médical (médecin/hôpitaux/dentiste/...)</p> <p>ex : phobie, anxiété, méfiance, confiance, etc.</p>	1 à 7	Tapez votre texte ici.
<p>Commentaires libres :</p> <p>Tapez votre texte ici.</p>		

Nom :

Prénom :

8



## Santé psychique

Merci d'attribuer pour chaque question une note allant de 1 à 7 (1 = pas satisfaisant / 7 = très satisfaisant)

Questions	Note	Commentaires/précisions
Comment vous sentez-vous globalement d'un point de vue psychique ?  ex : stress, angoisses, émotions, dépression, joie, etc.	1 à 7	Tapez votre texte ici.
Comment gérez-vous vos émotions ?  ex : savez-vous nommer vos émotions, les calmer sans produit.	1 à 7	Tapez votre texte ici.
Comment vous situez-vous par rapport à l'anxiété et à l'angoisse ?  ex : gestion de ces affects, difficultés, facilités ?	1 à 7	Tapez votre texte ici.
Comment évaluez-vous vos capacités de concentration et de mémorisation ?  ex : oubli, dispersion, facilités d'apprentissage, etc.	1 à 7	Tapez votre texte ici.
Comment évaluez-vous votre gestion de l'impulsivité et de la frustration ?  ex : passages à l'acte, lâcher-prise, etc.	1 à 7	Tapez votre texte ici.
Comment évaluez-vous l'estime que vous avez de vous-même ?  ex : confiance en vos capacités, image positive/négative de vous-même, etc.	1 à 7	Tapez votre texte ici.
Commentaires libres : Tapez votre texte ici.		

Avez-vous d'autres éléments concernant votre santé psychique dont vous souhaitez nous faire part dans ce document ? (Par exemple : diagnostics psychiatriques connus, psycho-traumatismes ou autres difficultés)

Tapez votre texte ici.

Nom :

Prénom :

## Educatif et autonomie

Merci d'attribuer pour chaque question une note allant de 1 à 7 (1 = pas satisfaisant / 7 = très satisfaisant)

Questions	Note	Commentaires/précisions
Savez-vous effectuer vos démarches administratives seul ?	1 à 7	Tapez votre texte ici.
Comment évaluez-vous votre autonomie dans la prise de rendez-vous administratif ?	1 à 7	Tapez votre texte ici.
Comment évaluez-vous votre autonomie dans la prise de rendez-vous de santé ?	1 à 7	Tapez votre texte ici.
Savez-vous faire vos courses alimentaires seul ?	1 à 7	Tapez votre texte ici.
Comment évaluez-vous votre capacité à tenir un budget ?	1 à 7	Tapez votre texte ici.
Savez-vous faire vos démarches de formation/d'emploi seul ?	1 à 7	Tapez votre texte ici.
Comment évaluez-vous votre capacité à travailler ?	1 à 7	Tapez votre texte ici.
Comment évaluez-vous votre capacité à prendre soin et à entretenir votre logement ? (Ménage, gestion des problèmes comme des fuites, éléments à réparer, etc.)	1 à 7	Tapez votre texte ici.
Comment gérez-vous le fait de vivre seul sur un plan affectif ?	1 à 7	Tapez votre texte ici.
Avez-vous d'autres éléments d'autonomie pour lesquels vous auriez besoin d'un accompagnement spécifique ?		Tapez votre texte ici.

Nom :

Prénom :

10

## Relations sociales

Avez-vous des membres de votre entourage vous soutenant dans vos démarches de soins ?

Tapez votre texte ici.

Quelles sont vos relations familiales/amicales ?

Tapez votre texte ici.

Etes-vous à l'aise dans les relations sociales en général (hors conso) ?

Tapez votre texte ici.

Comment vous sentez-vous dans un groupe ?

Tapez votre texte ici.

## Loisirs et activités

Avez-vous des activités de loisirs, des hobbies, des passions ?

Tapez votre texte ici.

Avez-vous une activité de loisirs que vous souhaiteriez (re)commencer ou poursuivre ? (Inscription dans un cours, dans une association, etc.)

Tapez votre texte ici.

Le projet de soins des ATR comprend des activités de groupe (atelier cuisine, randonnée, etc.). Seriez-vous intéressé·e à participer à certaines de ces activités ?

Tapez votre texte ici.

Avez-vous des loisirs, des compétences, des intérêts que vous auriez envie de partager avec les usagers d'Argile ?

Tapez votre texte ici.

## Consommations et addictions (évaluation personnelle et/ou médicale)

Produits/Objets	Age de la 1 <sup>ère</sup> conso	Y' a-t-il (eu) une consommation régulière (passée ou actuelle)	Age du début de la consommation régulière	Modes de conso déjà utilisés				Modes de conso dans la dernière année				Type d'usage actuel			Eventuelle date approximative d'arrêt	Consommation au cours des 60 derniers jours			Commentaires (Effet recherché, quantité notion de plaisir, autres informations)
				A	S	F	I	A	S	F	I	Simple	Nocif	Dépendance		Moins d' une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Quotidien ou quasi-quotidien	
				V	N	U	N	V	N	U	N								
Héroïne	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »	
Morphine/opium	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre opiacé Précisez	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »	
TSO hors prescription 1 Précisez	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »	
TSO hors prescription 2 Précisez	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »	
Cocaïne	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »	
Amphétamine 1 Précisez	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »	
Amphétamine 2 Précisez	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »	
MDMA/Ecstasy	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »	
Méthamphétamine	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »	
Benzodiazépines	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »	
Cannabis	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »	
LSD	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »	
Kétamine	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »	
Autre hallucinogène Précisez	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »	

Nom :

Prénom :

Produits/Objets	Age de la 1 <sup>ère</sup> conso	Y' a-t-il (eu) une consommation régulière (passée ou actuelle)	Age du début de la consommation régulière	Modes de conso déjà utilisés				Modes de conso dans la dernière année				Type d'usage actuel			Eventuelle date approximative d'arrêt	Consommation au cours des 60 derniers jours			Commentaires (Effet recherché, quantité notion de plaisir, autres informations)
				A	S	F	I	A	S	F	I	Simple	Nocif	Dépendance		Moins d' une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Quotidien ou quasi-quotidien	
				V	N	M	N	V	N	M	N								
Alcool	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »
Tabac	Age	oui	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »
Autres traitements médicamenteux détournés Précisez	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »
Autres traitements médicamenteux détournés Précisez	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »
Cyberdépendance Précisez	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »
Cyberdépendance Précisez	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »
Cyberaddiction sexuelle (pornographie)	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »
Troubles du comportement alimentaire Précisez	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »
Jeux d'argent Casino	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »
Jeux d'argent Précisez	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »
Addiction sexuelle Précisez	Age	oui / non	Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date approximative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« ... »

Nom :

Prénom :



## Informations médicales

A nous transmettre dans une enveloppe séparée notée « informations médicales : confidentiel »

### Informations relatives au médecin (traitant ou principal prescripteur)

Nom du médecin : Tapez votre texte ici.

Téléphone : 00 00 00 00 00

Structure/centre de soin : Tapez votre texte ici.

Adresse : Tapez votre texte ici.

En cas d'absence de médecin, joindre la copie de la dernière ordonnance

### Traitements actuels, y compris traitements de substitutions

Médicaments	Date de début	Posologie	Indication	Commentaire
Nom du médicament	Date	Posologie	Raison du traitement	Tapez votre texte ici.
Nom du médicament	Date	Posologie	Raison du traitement	Tapez votre texte ici.
Nom du médicament	Date	Posologie	Raison du traitement	Tapez votre texte ici.
Nom du médicament	Date	Posologie	Raison du traitement	Tapez votre texte ici.
Nom du médicament	Date	Posologie	Raison du traitement	Tapez votre texte ici.
Nom du médicament	Date	Posologie	Raison du traitement	Tapez votre texte ici.

### Antécédents familiaux

Tapez votre texte ici.

## Sérologies

VIH :  Test effectué : Date du dernier test  résultat positif /  résultat négatif

VHC :  Test effectué : Date du dernier test  résultat positif /  résultat négatif

VHB :  Test effectué : Date du dernier test  résultat positif /  résultat négatif

Vaccination VHB : oui/non/NSP

## Antécédents et pathologies actuelles

Cardio-vasculaires : Tapez votre texte ici.

Respiratoires : Tapez votre texte ici.

Neurologiques : Tapez votre texte ici.

Psychiatriques : Tapez votre texte ici.

Digestifs : Tapez votre texte ici.

Hépatiques : Tapez votre texte ici.

Autres pathologies (endocrino, traumatismes, interventions chirurgicales, etc.) : Tapez votre texte ici.



## Courrier Personnel

Présentez vos attentes, besoins, envies et projets :

Tapez votre texte ici.

## Courrier d'accompagnement

Tapez votre texte ici.

## Courrier complémentaire

Tapez votre texte ici.