



Intermédiation locative – SANTÉ MENTALE

Association **I**nter'Aide

Dossier Médical

À envoyer sous pli fermé à l'attention du Docteur William Alarcon en même temps que le dossier administratif à : SIAO du Gard, 14 rue Dagobert. 30900 NIMES.

NOM :.....

Prénom :.....

Dossier rempli le :.....



ASSOCIATION INTER'AIDE
26 avenue Emmanuel d'Alzon BP46
30120 LE VIGAN
Tél : 04 67 81 08 20 Fax : 04 67 81 2121
Email : contact@interaide.fr

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET PSYCHOLOGIQUES

Dossier établi par le Docteur :

Lieu d'exercice :

Date :

Pour Mme ou M. :

BILAN PSYCHIATRIQUE

Diagnostic(s) actuel(s) :

.....

.....

Histoire de la maladie (âge de début, parcours de soins, nombres et motifs des hospitalisations) :

.....

.....

.....

.....

Antécédents suicidaires :

.....

.....

Toxiques :

- Tabac : Oui ☐ Non ☐ sevré ☐ actif ☐
- Alcool : Oui ☐ Non ☐ sevré ☐ actif ☐
- THC : Oui ☐ Non ☐ sevré ☐ actif ☐ (Régulier ☐ occasionnel ☐)
- Cocaïne : Oui ☐ Non ☐ sevré ☐ actif ☐ (Régulier ☐ occasionnel ☐)
- Héroïne : Oui ☐ Non ☐ sevré ☐ actif ☐ (Régulier ☐ occasionnel ☐)
- Autres drogues : Oui ☐ Non ☐ sevré ☐ actif ☐ (Régulier ☐ occasionnel ☐)

Examen clinique actuel (principaux symptômes actuels) :

.....

.....

.....

.....

Fonctionnement quotidien actuel :

- Autonomie administrative et financière : Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐
- Relations sociales : Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐
- Gestion de l'hygiène personnelle Oui ☐ Non ☐
- Entretien du lieu de vie Oui ☐ Non ☐

Connaissance et gestion de sa pathologie :

- Conscience des troubles : Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐
- Observance du traitement : Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐
- Adhésion aux soins : Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐

BILAN SOMATIQUE

Antécédents somatiques :

.....

.....

Allergies :

Poids : Taille : IMC :

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Nom du médicament et posologie : Joindre copie dernière ordonnance

-

-

-

-

Fait par le Dr

Signature