



Hôpital Cœur du Bourbonnais

tél. 07 70 47 63 83 - fax 04 70 47 63 93

Service d'alcoologie
F. Mercier 2ème

DOSSIER MEDICAL

PATIENT

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Date de naissance

--	--	--

PROVENANCE

Domicile :

U.A.L de :

C.C.A.A de :

Autre :

Médecin : Dr

Transfert

Centre hospitalier de

Service :

Médecin :

Téléphone :

--	--	--	--	--

Fax

--	--	--	--	--

MOTIF d'HOSPITALISATION DANS VOTRE SERVICE :

DEVENIR

AUTONOMIE :

	Autonome	Aide	Dependant(e)
Mobilisation			
Alimentaton			
Hygiène			
Elimination			

Vision			
Audition			

Merci de cocher ou d'entourer la réponse correspondante

ANTECEDENTS MEDICAUX :

- Epilepsie
 HTA
 Familiaux
 DID
 DNID
 Ascite
 Hémorragie

 Disgestive
 Cirrhose
 Pancréatite
 Autres

Régime alimentaire :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

EVALUATION PSYCHIQUE DU PATIENT : (cochez ou entourez la case correspondante)

Antécédents de tentative de suicide OUI NON Si OUI date

Risques suicidaires OUI NON

Troubles de la mémoire OUI NON Troubles cognitifs OUI NON

Troubles du comportement OUI NON Si OUI

- Agitation
 Fugue
 Auto-agressivité
 Déambulation
 Autre

TROUBLES MENTAUX :

AUTRES ADDICTIONS ACTIVES OUI NON

Si OUI, lesquelles :

ANTECEDENTS d'ADDICTION OU DE SUBSTITUTION :

ANTECEDENTS DE CURE : François Mercier

OUI

NON

Autres établissements

2 sur 3

3.1.1/6d

Merci de réaliser, avec votre patient, cette évaluation :

FACE
Formule pour
apprécier la
consommation
par entretien*

- A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

Réponses :

- 0 = « jamais »,
- 1 = « une fois par mois ou moins »,
- 2 = « 2 à 4 fois par mois »,
- 3 = « 2 à 3 fois par semaine »,
- 4 = « 4 fois ou plus par semaine »

- Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

Réponses :

- 0 = « un ou deux »,
- 1 = « trois ou quatre »,
- 2 = « cinq ou six »,
- 3 = « sept à neuf »,
- 4 = « dix ou plus »

* Référence :
Arfaoui S. et al.
RPMG, 2004

- Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
- Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?

Pour ces trois dernières questions : non = 0, oui = 4

23

©IPPSA 2007

TRAITEMENT : (joindre copie de l'ordonnance)

