

# FICHE RECAP

(recueil commun sur les addictions et les prises en charge)

Cette présentation n'a qu'une valeur d'exemple. Cette fiche n'est en pas destinée à être envoyée à l'OFDT.  
Sauf indication contraire, chaque item ne donne lieu qu'à une seule réponse.

<b>Type de fiche</b> <input type="checkbox"/> Entrée dans la structure <input type="checkbox"/> Reprise de traitement <input type="checkbox"/> Suivi continu		<b>Date de l'entretien</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> J J    M M    A A	
<b>Sexe</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<b>Année de naissance</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ou âge approximatif <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Nombre d'enfants</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (pas d'enfants = 0)	<b>Département de domicile</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Catégorie socio-professionnelle</b> <input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Artisan, Commerçant <input type="checkbox"/> Cadre profession libérale <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Sans profession <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<b>Logement</b> <input type="checkbox"/> Durable <sup>1</sup> indépendant <input type="checkbox"/> Durable <sup>1</sup> chez des proches <input type="checkbox"/> Durable <sup>1</sup> en institution <input type="checkbox"/> Provisoire chez des proches <input type="checkbox"/> Provisoire en institution <input type="checkbox"/> Autre provisoire <input type="checkbox"/> Etablissement pénitentiaire <input type="checkbox"/> SDF <input type="checkbox"/> Ne sait pas		<b>Entourage</b> <input type="checkbox"/> Vit seul <input type="checkbox"/> Vit avec ses parents <input type="checkbox"/> Vit seul avec enfant(s) <input type="checkbox"/> Vit avec un conjoint seulement <input type="checkbox"/> Vit avec un conjoint et enfant(s) <input type="checkbox"/> Vit avec des amis <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas
<b>Origine principale des ressources<sup>2</sup></b> <input type="checkbox"/> Revenus d'emplois (y compris retraites et pensions d'invalidité) <input type="checkbox"/> ASSEDIC <input type="checkbox"/> RMI <input type="checkbox"/> Allocation adulte handicapé <input type="checkbox"/> Autre(s) prestation(s) sociale(s) <input type="checkbox"/> Ressources provenant d'un tiers <input type="checkbox"/> Autre ressources (y compris sans revenus) <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<b>Situation professionnelle<sup>2</sup></b> <input type="checkbox"/> Activité rémunérée continue <input type="checkbox"/> Activité rémunérée intermittente <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Etudiant, élève, stage non rémunéré <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Autre inactif <input type="checkbox"/> Ne sait pas		<b>Niveau d'étude</b> <input type="checkbox"/> N'a pas terminé le primaire <input type="checkbox"/> Niveau primaire <input type="checkbox"/> Niveau diplôme national du brevet <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Niveau BEP, CAP <input type="checkbox"/> Niveau Bac <input type="checkbox"/> Niveau Bac +2 <input type="checkbox"/> Niveau au-delà Bac +2 <input type="checkbox"/> Ne sait pas
<b>Origine de la prise en charge actuelle</b> <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 toxicomanie <input type="checkbox"/> Structure de réduction des risques <input type="checkbox"/> Structure spécialisée en alcoologie <input type="checkbox"/> Equipe de liaison <input type="checkbox"/> Autre hôpital ou autre sanitaire		<input type="checkbox"/> Institution ou service social <input type="checkbox"/> Obligation de soins <input type="checkbox"/> Injonction thérapeutique <input type="checkbox"/> Classement avec orientation <input type="checkbox"/> Autre mesure judiciaire ou administrative <input type="checkbox"/> Milieu scolaire ou universitaire <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
		<b>Prise en charge liée à l'usage de substances psychoactives</b> <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  <b>Année de la première prise en charge</b> liée à l'usage de substances psychoactives <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

<sup>1</sup> Possibilité de passer au moins les 6 prochains mois dans le même logement.

<sup>2</sup> Au cours des 6 derniers mois.

<sup>3</sup> Au moins 3 mois au cours des 6 derniers mois

<sup>4</sup> Brevet des collèges, ancien BEPC

<b>Traitement de substitution aux opiacés en cours<sup>5</sup> (prescription médicale)</b> <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 <b>Si oui, depuis quelle date</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JJ      MM      AA		<b>Autre(s) traitement(s) en cours<sup>4</sup> (prescription médicale)</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <b>Si oui, le(s)quel(s) ? (plusieurs réponses possibles)</b> <input type="checkbox"/> Acamprosate <input type="checkbox"/> Bupropion <input type="checkbox"/> Naltrexone <input type="checkbox"/> Anxiolytique(s) <input type="checkbox"/> Antabuse <input type="checkbox"/> Hypnotique(s) <input type="checkbox"/> Substitu(s) nicotinique(s) <input type="checkbox"/> Neuroleptique(s) <input type="checkbox"/> Antidépresseur(s) <input type="checkbox"/> Autre(s)		
<b>Produits consommés</b> : indiquer les produits consommés au cours des 30 derniers jours qui, selon l'équipe soignante, posent le plus de problèmes au patient et motivent la prise en charge actuelle.				
<b>Code produit*</b>	<b>Mode de consommation habituel</b>	<b>Fréquence de consommation (30 derniers jours)</b>	<b>Usage/Dépendance</b>	<b>Age de début consommation</b>
1. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	1. Injecté 2. Fumé / inhalé 3. Mangé / bu 4. Sniffé 5. Autre 6. NSP	1. Pas plus d'une fois 2. ≤ 1 x par semaine 3. 2 à 6 x par semaine 4. Chaque jour 5. NSP	1. Usage à risques 2. Usage nocif 3. Dépendance	
<b>Produit à l'origine de la prise en charge actuelle (si différent du 1<sup>er</sup> produit consommé ou si pas de produit consommé)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>				
<b>Nombre de joints cannabis consommés en moyenne par jour (30 derniers jours)</b> <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>Le patient fume-t-il ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <b>Si oui, nombre de cigarettes consommées en moyenne par jour (30 derniers jours)</b> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>Utilisation de la voie intraveineuse</b> <input type="checkbox"/> Oui, au cours des 30 derniers jours <input type="checkbox"/> Oui, avant (pas dans les 30 derniers jours) <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Ne sait pas		<b>Si oui : âge lors de la première injection.....</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>partage des seringues</b> <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Presque jamais <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
<b>Sérologie VIH</b> <input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> Résultat positif <input type="checkbox"/> Résultat négatif		<b>Date du dernier test VIH</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>Sérologie VHC</b> <input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> Résultat positif <input type="checkbox"/> Résultat négatif		<b>Date du dernier test VHC</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>Vaccination VHB complète</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas				
<b>Antécédents psychiatriques</b> <b>Hospitalisation(s) antérieure(s)</b> : <input type="checkbox"/> Oui ..... nombre <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non, jamais <input type="checkbox"/> Ne sait pas		<b>Tentative(s) de suicide</b> <input type="checkbox"/> Oui .....nombre <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non, jamais <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
<b>Incarcérations</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, jamais <input type="checkbox"/> Ne sait pas		<b>Si oui :</b> <b>Nombre d'incarcérations</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>Durée totale d'incarcération</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois		
<b>* Codes produits</b>				
00. Alcool	31. Barbituriques	51. Amphétamines	70. Tabac	
11. Héroïne	32. Benzodiazépines	52. MDMA et dérivés	90. Autres produits	
12. BHD	33. Autres hypno. et tranquillisants	53. Autres stimulants	91. Jeux / Cyberaddictions	
13. Méthadone	34. Antidépresseurs	61. LSD	95. Troubles légers du comportement alimentaire	
14. Autres opiacés	41. Cocaïne	62. Champi. hallucinogènes	97. Autres addictions sans produits	
20. Cannabis	42. Crack	63. Autres hallucinogènes	98. Non renseigné	
		80. Colles et solvants	99. Pas de produit consommé	

<sup>5</sup> En cas de mésusage, mentionner la substance dans les produits consommés posant problèmes.