



ANTECEDENTS

Début de la prise en charge :

Nombre d'hospitalisations*, durée, motifs :

.....
.....
.....
.....
.....

*En cas d'hospitalisations, **merci de nous joindre les comptes-rendus associés.**

Structures fréquentées, dates et durées (CATTP, HJ,...) :

.....
.....
.....
.....

Antécédents de pris de toxiques : Oui Non

Si oui, quel type de toxiques ?

Suivi addictologie associé ?

.....
.....

Antécédents somatique :

Antécédents médicaux	Antécédents chirurgicaux

