



## DEMANDE D'HOSPITALISATION A L'UNITE THERAPEUTIQUE DES DEPENDANCES (UTD)

"Les Vacheries" dessus 3, 2712 Le Fuet

Merci de remplir ce formulaire et de l'envoyer par mail à : [utd@hjbe.ch](mailto:utd@hjbe.ch)

### Date de la demande :

L'UTD est une unité hospitalière de sevrages, sise en milieu rural qui propose des séjours programmés sur un **mode volontaire** dans un bâtiment ouvert directement vers la nature, et dont l'accès aux chambres nécessite l'usage d'un escalier. L'UTD n'est pas médicalisée la nuit et le Week end. La participation des résidents aux activités de la vie quotidienne ainsi qu'au programme thérapeutique est requise. Les personnes demandeuses de sevrage résidentiel, doivent prendre contact téléphonique avec l'équipe soignante de l'UTD au **032 484 92 61** pour planification d'un entretien préalable présentiel et d'une visite des lieux.

DONNEES ADMINISTRATIVES	
Nom et prénom	
Date de naissance	
Numéro (s) de téléphone	
Adresse	
Email	
Langue maternelle	Français Autres
Assurance	Numéro d'assuré Numéro AVS
Curatelle	NON OUI      Curateur (trice) Type de curatelle
RESEAU	
Référence médicale validant la demande	
Adresse	
Numéro(s) de téléphone	
Médecin traitant	
Psychiatre	
Intervenant spécialisé (e) en addictologie	
Intervenant à domicile	
Pharmacie	



<b>TROUBLE DE L'USAGE DE SUBSTANCE(S)</b>		
ALCOOL	CANNABIS	TABAC
HEROINE	COCAINE	AUTRES
Merci de préciser les quantités, modalités et formes de consommations		
<b>COMORBIDITES</b>		
Psychiatriques		
Somatiques		
<b>FACTEURS DE RISQUE DE SEVRAGE COMPLIQUE</b>		
Prise régulière de benzodiazépines <1 mois	OUI	NON
A déjà consommé régulièrement > 30 unités d'alcool par jour	OUI	NON
Antécédent de crise d'épilepsie et/ou de delirium tremens	OUI	NON
Dénutrition (IMC 16.5 kg/m2)	OUI	NON
Idéations suicidaires et/ou tentamen < 2 mois	OUI	NON
Hallucinations	OUI	NON
<b>PROFIL D'AUTONOMIE</b>		
Limitation dans l'habillement/l'hygiène	OUI	NON
Limitation dans la réalisation des repas	OUI	NON
Désorientation	OUI	NON
Mobilité réduite	OUI	NON
	Merci de préciser	
Troubles du comportement	OUI	NON
	Merci de préciser	



### OBJECTIFS DU SEJOUR

Projet planifié d'arrêt des consommations à long terme.

Avec projet de post cure.

Merci de préciser le lieu et la date d'entrée

Avec projet de suivi ambulatoire.

Merci de préciser le lieu et la date de début

Stabilisation des consommations/réduction des dommages et des risques (tabac/médicaments)

Merci de préciser :

Stabilisation des comorbidités avec nécessité de soins addictologiques au premier plan et compatibles avec une demande d'hospitalisation volontaire

Merci de préciser :

Soutien au réseau ambulatoire pour des investigations psychiatriques / internistes.

Merci de préciser les investigations attendues :

Autre : indication à discuter.

Merci de préciser

### TRAITEMENTS ACTUELS

Merci de joindre une copie de(s) l'ordonnance (s) en cours

### REMARQUES



RÉSEAU  
DE L'ARC