

MINISTERE D'ETAT
Département de l'Intérieur

ANNEXE III

**Direction de l'Action
Sanitaire et Sociale**

**Formulaire de déclaration
d'un cas de pharmacodépendance grave
ou l'abus grave d'une substance, plante, médicament
ou tout autre produit ayant un effet psychoactif**

PHARMACODEPENDANCE

DECLARATION ADRESSER AU

CENTRE ANTIPOISON

HOPITAL SALVATOR
249, BD STE. MARGUERITE

13274 MARSEILLE CEDEX 9

PATIENT

Nom.....Prénom.....Département de résidence

Age réel estimé
(barrer la mention inutile)

ans

Sexe

F

M

Poids

Taille

Activité professionnelle : Oui (y compris lycéens, étudiants) Préciser

Non Préciser

Situation familiale : Seul Entouré Enfants à charge

Antécédents

Antécédents médicaux, sérologiques, psychiatriques, etc :

Antécédents d'abus ou de dépendance (préciser antécédents : consommation d'alcool-tabac-opiacés-stimulants, etc. quantités consommées par jour et ancienneté) :

Description clinique

(être aussi que possible ; détailler le mode d'utilisation, par exemple association systématique à l'alcool, etc)