Réseau ICARES
2 bis rue de l'église 17430 Lussant
tél 05.46.84.52.95
fax 05.46.83.74.29
reseauicares@wanadoo.fr

n° de code |___|___|___| |___|___|___| |___|___| |___|___| |___|___|___|___|

Tampon du médecin

Inclusion TALOS nécessaire

Fiche à renvoyer à ICARES

avant le 24 ème jour

Durée d'usage antérieur des opiacés = ……. mois Nombre sevrages antérieurs >14 jours = …….. La dernière prise d'opiacée date de …… jours	Soutien ☐Père / ☐mère / ☐fratrie/ ☐conjoint/ ☐ami ☐ autre en clair …… Arrêt de travail: ☐oui/ ☐non/ ☐sans objet	Modifications du contexte prévue :
-Modifier des éléments du cadre quotidien -changer de sonnerie du portable et effacer les adresses et contacts liés à la drogue	-Augmenter boissons chaudes, bains et douches -Prévoir une occupation quotidienne à sa portée -renouer des relations avec son entourage	-éviter de conduire un véhicule -pas d'alcool -ne pas courir ni monter sur une échelle -cesser les fréquentations liées aux drogues et tous les éléments pouvant y faire penser

Jour	Consignes et rendez-vous	Observations du patient		autre	DI ANTALVIC	TERCIAN	MYOLASTAN	ESTULIC
			TA		si douleurs	si insomnies	si crampes	suivre
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

Réseau ICARES
2 bis rue de l'église 17430 Lussant
tél 05.46.84.52.95
fax 05.46.83.74.29
reseauicares@wanadoo.fr

n° de code |___|___|___| |___|___|___| |___|___| |___|___| |___|___|___|___|

Tampon du médecin

Fiche à renvoyer à ICARES

avant le 25 ème jour

Jour	Consignes et rendez-vous	Observations	TA		DI ANTALVIC	TERCIAN	MYOLASTAN	ESTULIC
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								