

**DOCUMENT DE DEMANDE DU PROTOCOLE DE SEVRAGE AMBULATOIRE
DU CANNABIS (P.S.A.C)**

Partie à compléter par le MEDECIN REFERENT : Dr

Date :

Patient : Nom Prénom Age

- Antécédents médicaux et chirurgicaux :
- Antécédents psychiatriques et addictologiques :
- Traitements en cours :
- Allergies connues :
- Autres addictions :
- Consommation Déclarée de cannabis
 - en gramme par semaine :
 - forme (herbe, résine, huile) :
 - modalité de consommation (joint, pipe à eau, autre...) :
 - début de la consommation :
- Le patient est dans une démarche de soin par rapport à sa consommation de cannabis et accepte de bénéficier d'un bilan addictologique ?
- Le patient ne présente pas de non indication à un sevrage du cannabis au domicile :

| | | | |
|-------------------------------------------|-----|---|-----|
| -Etat physique précaire | OUI | / | NON |
| -Etat psychiatrique grave décompensé | OUI | / | NON |
| -Incapacité à se conformer à un protocole | OUI | / | NON |

Document à adresser à :

Secrétariat de l'Unité de Sevrage en Ambulatoire

C.H.Esquirol CMP addictologie PUAL

15, rue du Dr Marcland

87025 LIMOGES CEDEX

(Sous pli avec la mention « confidentiel »)

Fax : 05.55.43.12.46

Téléphone secrétariat : 05.55.11.96.85 (ouverture du lundi au vendredi de 9h à 17h)



**DOCUMENT DE DEMANDE DU PROTOCOLE DE SEVRAGE AMBULATOIRE
DU CANNABIS (P.S.A.C)**

Partie à compléter par le PATIENT

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone personnel :

**Vous arrive-t-il de ressentir des signes de manque à l'arrêt du cannabis
(irritabilité, anxiété, insomnie...).**

Si oui : quels sont-ils ?

Quelles sont vos motivations à l'arrêt du cannabis ?

Qu'attendez-vous de l'arrêt du cannabis ?

Motivation pour arrêter votre consommation de cannabis?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
nul max

**J'ai confiance dans la réussite du projet d'arrêter ma consommation de
cannabis ?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
nul max

**J'ai besoin d'être mieux informé sur le sevrage du cannabis et le mésusage du
cannabis ?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
nul max

**LE SECRETARIAT DE L'UNITE DE SEVRAGE EN AMBULATOIRE VOUS
CONTACTERA AFIN DE CONVENIR D'UN RENDEZ-VOUS.**