



## FORMULAIRE DE PRÉADMISSION

À adresser à [accueil@addipsy.com](mailto:accueil@addipsy.com)

### ► Date de la demande :

Cette demande est à transmettre par mail sécurisé ou par courrier. Vous serez informé de la réponse à votre demande par mail. Si la demande est validée, le patient pourra ensuite appeler le secrétariat d'AddiPsy pour prendre un rdv d'admission.

### ► Coordonnées et informations patient :

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Situation familiale :

Profession :

Mesure de protection : Curatelle    Tutelle    Aucune

*Afin d'être pris en charge, le patient doit être disponible aux horaires d'ouverture du centre :  
8 h 00 - 18 h 00 du lundi au vendredi pour pouvoir bénéficier de groupes thérapeutiques.*

### ► Médecin adresseur

Nom :

Médecin généraliste    Médecin psychiatre    Médecin addictologue    Autres spécialités

Téléphone :

E-mail :

► **Contexte de la demande :**

**Diagnostic psychiatrique (ou hypothèses diagnostiques) :**

**Diagnostic addictologique (ou hypothèses diagnostiques) :**

Trouble de l'usage de substance, si oui quelle(s) substance(s) :

Addictions comportementales (jeux vidéos, jeux d'argent, sport, travail, sexe, ... )

Trouble du comportement alimentaire

*Les troubles du comportement de type anorexie restrictive pure isolée ne font pas partie des indications prises en charge à AddiPsy.*

**Motif de la demande (principaux problèmes nécessitant une prise en charge groupale en hospitalisation à temps partiel de jour) :**

**Traitements médicamenteux actuels :**

**Suivi médical et psychiatrique / psychologique actuel :**

**Points forts (ressources du patient, valeurs, capacités d'élaboration au sein d'un groupe) :**

**Limitations possibles à la participation aux groupes thérapeutiques :**

Handicap auditif      Handicap visuel      Handicap moteur

Autre (préciser)

**Troubles du comportement :**

Risque suicidaire      Geste auto/hétéro-agressifs      Agitation

Autre (préciser)

## ANTÉCÉDENTS

**Évènements marquants dans l'histoire personnelle du patient (acquis du développement, abus ...) :**

**Antécédents psychiatriques** (ancienneté du suivi psychiatrique et/ou psychologique, évolution des problèmes, hospitalisations, tentatives de suicide ...) **et addictologiques** (cure et post cure de sevrage, suivi CSAPA...) :

**Traitements passés psychothérapeutiques** (type de thérapie utilisée, pendant combien de temps, effets positifs ou négatifs, cause de l'inefficacité) :

**Antécédents judiciaires :**

**Antécédents somatiques :**

**Antécédents familiaux psychiatriques et somatiques :**

TAMPON DU MEDECIN ADRESSEUR (obligatoire)

