



## FORMULAIRE DE PRÉADMISSION

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

### ► Date de la demande :

**La prise en charge repose principalement sur des groupes thérapeutiques.  
Pour en bénéficier, le patient doit être disponible la journée en semaine.**

### ► Coordonnées et informations patient :

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Profession :

Téléphone :

Adresse mail :

### ► Médecin adresseur

Nom :

Médecin généraliste  Médecin psychiatre  Médecin addictologue  Autres spécialités

Téléphone :

E-mail :

### ► Médecin référent

**(assurant la continuité des soins et notamment les prescriptions médicamenteuses)**

Médecin adresseur

Autre :

- Nom :

- Téléphone :



► **Contexte de la demande :**

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

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

Trouble de l'usage de substance, addictions comportementales, troubles 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 (ou joindre la dernière ordonnance actualisée)**

**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      Troubles cognitifs sévères  
Autre (préciser)

**Troubles du comportement :**

Risque suicidaire      Geste auto/hétéro-agressifs      Agitation  
Autre (préciser)

## ANTÉCÉDENTS

**Le patient a-t-il déjà été pris en charge à Addipsy ?**      Oui      Non

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

**Antécédents addictologiques** (cure et post cure de sevrage, suivi CSAPA...)

**Antécédents judiciaires :**

**Antécédents somatiques :**

**Antécédents familiaux psychiatriques et somatiques :**

TAMPON DU MEDECIN ADRESSEUR (obligatoire)

Cette demande est à transmettre par mail sécurisé ou par courrier. Vous serez informé de la réponse à votre demande par mail ou par courrier, tout comme le patient.

Si la demande est validée, ce dernier sera invité à appeler le secrétariat d'Addipsy pour prendre un rdv d'admission.

**Si vous avez d'autres informations à nous transmettre, merci de joindre un courrier à votre demande.**